

И.Г. Вермель

*ВОПРОСЫ
ТЕОРИИ
СУДЕБНО-
МЕДИЦИНСКОГО
ЗАКЛЮЧЕНИЯ*

И.Г. Вермель

*ВОПРОСЫ
ТЕОРИИ
СУДЕБНО-
МЕДИЦИНСКОГО
ЗАКЛЮЧЕНИЯ*



МОСКВА·МЕДИЦИНА·1979

Вопросы теории судебно-медицинского заключения. И.Г.Вермель.-
М.: Медицина, 1979. 128 с.

В монографии рассматриваются особенности познавательной деятельности судебно-медицинского эксперта в процессе проведения экспертиз. Анализируется зависимость результата познания от личностных качеств познающего субъекта, от особенностей исследуемого объекта, от характера взаимодействия между ними. Исследуются взаимоотношения между объективным и субъективным в экспертном заключении. Рассмотрены вопросы о соотношении абсолютной и относительной истин в экспертных заключениях, о критерии истинности выводов судебно-медицинского эксперта. Показано, что решение любого поставленного перед экспертом вопроса представляет собой выяснение принадлежности исследуемого объекта к определенной группе явлений. Рассмотрены некоторые пути и способы достижения экспертом истинного знания при решении поставленных вопросов; раскрыты основные логические формы, в которых излагаются выводы судебно-медицинского эксперта. Особое внимание уделено проблеме оформления результатов экспертного познания — составлению судебно-медицинских заключений. Раскрыты основные этапы этого рода экспертной деятельности, приведены конкретные рекомендации по составлению плана заключения, формулированию экспертных выводов и их аргументации. Монография рассчитана на судебно-медицинских экспертов и преподавателей судебной медицины.

В книге 2 таблицы, библиография — 133 источника.

В $\frac{52200-188}{039 (01) - 79}$ 223-79. 4126000000

ПРЕДИСЛОВИЕ

Каждая судебно-медицинская экспертиза завершается составлением заключения,¹⁾ в котором излагаются выводы судебно-медицинского эксперта. Именно с этой целью и проводится экспертное исследование, каким бы сложным и длительным оно ни было. Таким образом, значение этого этапа экспертной работы трудно переоценить.

Однако несмотря на то, что составление заключений представляет собой очень важный и совершенно необходимый этап повседневной деятельности судебно-медицинского эксперта, теоретически этот раздел судебной медицины разработан недостаточно. Исследования, в которых целенаправленно и всесторонне рассматривается проблема составления судебно-медицинского заключения, фактически отсутствуют.

Не секрет, что по результатам каждого конкретного экспертного исследования всегда можно составить несколько вариантов заключения, которые будут отличаться друг от друга правильностью и глубиной ответов на поставленные вопросы, обоснованностью и понятностью выводов, стилем изложения и др. Разумеется, качество этих вариантов также будет неодинаковым. При этом далеко не всегда ясно, какой именно из многих возможных вариантов заключения будет оптимальным или хотя бы близким к нему; не всегда ясно, какими правилами и критериями следует руководствоваться, чтобы выбрать этот единственный оптимальный вариант. Поскольку в решении этого вопроса на практике привносится много субъективного, эксперт нередко составляет далеко не лучший вариант заключения. Недостаточно изучены и условия, обеспечивающие истинность выводов эксперта, что является одной из причин,

¹⁾ В настоящее время в учреждениях судебно-медицинской экспертизы для оформления результатов исследования приняты два основных вида документов — "Заключение эксперта" и "Акт судебно-медицинского исследования" (Приказ Министерства здравоохранения СССР № 877 от 10/IX-1976 г.). Резюмирующие части этих документов называются соответственно "Выводы" и "Заключение". Во избежание терминологической путаницы и отчасти из стилистических соображений в данной работе термин "заключение" употребляется только для обозначения всей резюмирующей части экспертного документа. Под термином "вывод эксперта" понимается его ответ на определенный вопрос. В этом смысле заключение состоит из выводов эксперта, т.е. выводы в сумме составляют заключение.

порождающих экспертные ошибки. Не подлежит сомнению, что усвоение основных закономерностей процесса экспертного познания и методики составления судебно-медицинских заключений является необходимой предпосылкой повышения качества и эффективности работы судебно-медицинского эксперта.

В настоящей работе сделана попытка осмыслить и теоретически обосновать основные вопросы составления судебно-медицинского заключения. Поскольку экспертиза есть процесс познания экспертом определенных сторон исследуемого объекта, деятельность эксперта рассмотрена с позиций теории познания диалектического материализма. В монографии анализируются отношения между субъектом и объектом экспертного познания, отношения между субъективным и объективным в экспертном заключении, характер и критерий истины в выводах судебно-медицинского эксперта, основные логические формы, в которых излагаются экспертные выводы, пути и способы решения вопросов, поставленных перед судебно-медицинским экспертом, составление плана заключения и аргументация экспертных выводов.

Автор отдает себе отчет в том, что вследствие сложности рассматриваемых вопросов работа не может быть полностью свободной от недостатков, поэтому все критические замечания и предложения будут приняты им с благодарностью.

Автор выражает глубокую признательность доктору медицинских наук, члену-корреспонденту Академии медицинских наук СССР, заслуженному деятелю науки РСФСР проф. М.И.Авдееву, кандидатам философских наук доцентам А.А.Баталову, А.К.Мелеховой, В.И.Плотникову, кандидату медицинских наук доценту В.М.Зорину за ряд ценных замечаний по рукописи.

СУБЪЕКТ И ОБЪЕКТ ПОЗНАНИЯ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Каждая судебно-медицинская экспертиза представляет собой процесс познания, в котором происходит взаимодействие субъекта и объекта. Проблема взаимоотношений субъекта и объекта является одной из центральных в теории познания. "Выяснение сущности категорий субъекта и объекта, раскрытие их реального содержания позволяет глубже понять процесс формирования познавательных образов, диалектику субъективного и объективного, связь между чувственным и рациональным моментами в процессе познания" (Н.В.Дученко, 1961). Не случайно в современной научной литературе различным аспектам названной проблемы посвящено значительное число работ (В.А.Лекторский, 1964; К.Н.Любутин, 1969; В.С.Степин, 1970; Я.Нетопилик, 1972; А.В.Гайда, 1973; З.М.Оруджев, 1973; Г.С.Арефьева, 1974, и др.).

Под с у б ъ е к т о м, познающим и изменяющим материальный мир, в гносеологии понимается либо человеческое общество в целом либо отдельные группы людей (в том числе общественные классы), либо отдельные личности, индивиды. В.В.Лапицкий (1973) предлагает следующую градацию субъекта познания: а) субъект — человечество; б) субъект — общество; в) субъект — специалисты данного рода деятельности; г) субъект — научный коллектив (лаборатория, кафедра, институт); д) субъект — индивид. Этот же автор дает такое определение субъекта познания: "Субъект познания — философская категория для обозначения того или иного типа социальной общности как активного творца и носителя знания, располагающего при познании объекта определенной частью материальных и идеальных средств, которыми обладает общество на данном этапе своего исторического развития".

Следует иметь в виду, что хотя единичный акт познания совершается обычно каким-то конкретным лицом, это лицо выступает как представитель общества, общественного сознания, выступает в роли общественного человека. "Как нет личности вне общества, так и нет общества вне составляющих его личностей, оно является системой взаимоотношений между людьми. Каждый индивид становится субъектом познания не как биологический организм, а как элемент социальной системы, лишь будучи включен в познавательную деятельность общества и лишь постольку, поскольку он овладевает накопленными обществом знаниями и трудовыми на-

выками" (Ф.Б.Садыков, 1965).

Субъект не только осознает свое отличие от внешних объектов, но он может изучать собственное состояние, может делать объектом познания самого себя. Из истории медицины мы знаем много примеров, когда исследователи изучали действие микробов, лекарственных препаратов на себе. В судебной медицине можно сослаться на самоотверженные опыты Н.Миновичи, изучавшего на себе субъективные ощущения при повешении, т.е. он был объектом познания для самого себя.

Как известно, судебно-медицинская экспертиза осуществляется:

1) судебно-медицинским экспертом общего профиля, т.е. врачом, получившим специальную подготовку по судебной медицине и занимающим штатную должность судебно-медицинского эксперта;

2) экспертом лаборатории (биолог, химик, физико-техник, гистолог и др.), т.е. лицом с высшим медицинским либо фармацевтическим образованием, прошедшим специальную подготовку по лабораторному исследованию объектов судебно-медицинской экспертизы;

3) преподавателем (ассистент, доцент, профессор) судебной медицины высшего учебного заведения в процессе проведения учебной или научной работы. При этом на преподавателя распространяются права и обязанности судебно-медицинского эксперта;

4) судебно-медицинской экспертной комиссией, т.е. коллективом, состоящим либо из нескольких судебно-медицинских экспертов, либо включающим также врачей других специальностей (хирург, акушер-гинеколог и др.);

5) врачом-экспертом, т.е. врачом, не имеющим специальной подготовки по судебной медицине, не состоящим в штате бюро судебно-медицинской экспертизы, которому иногда (при отсутствии штатного судебно-медицинского эксперта) органы следствия поручают проведение экспертизы. Таким образом, все перечисленные специалисты являются субъектами познания при проведении судебно-медицинских экспертиз.

Разница между субъектом—судебно-медицинским экспертом и субъектом—преподавателем судебной медицины вуза при проведении ими судебно-медицинской экспертизы заключена лишь в их ведомственной принадлежности, что для процесса познания не имеет значения. С точки же зрения познавательных возможностей эти субъекты более или менее равноценны. Экспертиза может быть проведена очень опытным судебно-медицинским экспертом или молодым

преподавателем, равно как и начинающим экспертом или опытным преподавателем. Успех исследования будет определяться не занимаемой должностью, а в первую очередь личностными качествами субъекта познания.

Экспертные комиссии создаются обычно для проведения наиболее сложных экспертиз, включающих судебно-медицинскую экспертизу трудоспособности и судебно-медицинскую экспертизу профессиональной деятельности медицинских работников. Представляется, что судебно-медицинская экспертная комиссия как субъект познания будет обладать ощутимым преимуществом перед отдельным судебно-медицинским экспертом в том случае, когда для разрешения поставленных вопросов требуется участие специалистов разного профиля. Так, наряду с судебно-медицинскими экспертами общего профиля в комиссию, в зависимости от характера разрешаемых вопросов, могут быть включены эксперты—биологи, химики, физико-техники, врачи-клинисты различных профилей и др. При этом специальные знания, которыми владеет каждый член комиссии, как бы суммируются, и субъект познания (экспертная комиссия) становится обладателем солидного запаса разносторонних знаний, необходимых для проведения той или иной конкретной экспертизы. Если же комиссия состоит из специалистов только одного профиля, обладающих однородными знаниями, создание ее не сопровождается "приращением" знания комиссии. Безусловно, заключение, подписанное комиссией, состоящей из 3—5 человек, внешне выглядит более авторитетным, чем заключение одного эксперта. Однако качество экспертизы определяется не числом участвовавших в работе комиссии экспертов, а их квалификацией.

Представим себе, что для проведения экспертизы создана комиссия из судебно-медицинских экспертов высокой квалификации. Естественно, экспертиза будет проведена на весьма высоком уровне. Таким образом, создание комиссии как будто оправдано. Но можно ли утверждать, что один высококвалифицированный эксперт не в состоянии прийти к точно таким же выводам? По-видимому, такое утверждение будет ошибочным. Думается, что хотя при создании комиссии из экспертов одного профиля и достигается определенный психологический, а иногда, возможно, и педагогический (в отношении молодых экспертов) результат, но сколько-нибудь значительного увеличения познавательных возможностей субъекта по сравнению с познавательными возможностями наиболее квалифицированных членов комиссии чаще всего не происходит.

Врач-эксперт обычно не имеет необходимых знаний в области судебной медицины, а также опыта, слабо владеет техническими

приемами судебно-медицинского исследования, чаще всего незнаком с принципами формулирования экспертных выводов и составления судебно-медицинского заключения. В связи с этим экспертизы, проводимые врачами-экспертами, как правило, бывают выполнены некачественно. К счастью, удельный вес таких экспертиз в настоящем невелик и имеет постоянную тенденцию к снижению вследствие роста кадров судебно-медицинских экспертов.

Как уже было сказано, субъект познания в судебно-медицинской экспертизе неоднороден. Однако подавляющее большинство экспертиз осуществляется только одним судебно-медицинским экспертом. Поэтому субъект—судебно-медицинский эксперт является главной фигурой экспертного познания. Именно от судебно-медицинского эксперта зависит как качество проведения отдельных конкретных экспертиз, так и в конечном итоге состояние всей судебно-медицинской службы в целом. В дальнейшем, говоря о субъекте познания, мы будем иметь в виду главным образом именно судебно-медицинского эксперта.

Судебно-медицинский эксперт как субъект познания есть прежде всего продукт социального развития общества. Лишь на определенной ступени развития у общества возникает потребность в специалистах, обладающих некоторой суммой знаний в области судебной медицины. Эта потребность привела к тому, что из врачей, занимавшихся в основном лечебно-профилактической деятельностью и лишь периодически — судебно-медицинской, постепенно выделились лица, для которых судебно-медицинская экспертиза стала главным содержанием их деятельности. Разумеется, и дифференциация науки к этому периоду достигла такой степени, что судебная медицина смогла выделиться в самостоятельную научную дисциплину.

Запас предшествующих знаний, которыми обладает судебно-медицинский эксперт как субъект неодинаков в различные исторические периоды. Например, до начала использования электричества эксперты ничего не знали и не могли знать о действии электрического тока на организм, до возникновения автомобильного и железнодорожного транспорта эксперты не могли знать особенностей авто- и железнодорожной травмы и др. Непрерывное развитие науки, техники, вообще условий материальной жизни людей приводит к тому, что запас знаний экспертов постоянно увеличивается. В этом смысле происходит постоянное совершенствование субъекта познания, постоянное повышение уровня знаний общественного судебно-медицинского эксперта.

Однако изменение субъекта познания происходит не только в связи с развитием науки и по мере ее развития. Каждое проведен-

ное исследование по-своему обогащает эксперта, увеличивает его индивидуальный опыт, знакомит с до сих пор неизвестным либо дает ему какие-то новые знания о бесчисленных вариантах проявления известного, расширяет его кругозор. Даже на допущенных ошибках, если они вскрыты, эксперт так или иначе учится. Поэтому субъект в определенной мере изменяется с каждой проведенной экспертизой.

О б ъ е к т о м называется то, на что направлена практическая или познавательная деятельность субъекта. Объектом могут быть как предметы материального мира, так и результаты мыслительной деятельности человека. Хотя предметы, вещи, явления материального мира существуют вне и независимо от нашего сознания, они становятся объектами познания лишь тогда, когда попадают в сферу практической либо познавательной деятельности субъекта.

Процесс взаимодействия субъекта и объекта приводит к получению нового знания. Полученное знание в свою очередь может стать предметом изучения другими людьми (в том числе следователем, судом), которые в этом случае также будут субъектами познания. Объектом же познания при этом будут не материальные предметы, а результаты мыслительной (познавательной) деятельности других лиц, в частности судебно-медицинского эксперта.

В судебной медицине традиционными субъектами экспертного исследования считаются лица, трупы или их части, вещественные доказательства и материалы дела. Необходимо еще раз подчеркнуть, что и субъект и объект становятся таковыми только в процессе взаимодействия между собой. Вне взаимодействия нет ни субъекта, ни объекта. Так, эксперт является гносеологическим субъектом не согласно занимаемой должности или званию, а тогда и только тогда, когда он проводит исследование, т.е. определенным образом взаимодействует с объектом. Точно так же и те материальные тела, которые подвергаются исследованию, становятся объектами лишь в период проведения экспертизы. До экспертизы и после нее они существуют в качестве материальных тел, но не объектов.

При экспертизе живых лиц объектом экспертного познания выступает человек, который сам в определенном отношении является субъектом. Сообщаемые объектом сведения о самочувствии, болевых и иных ощущениях неизбежно являются результатом познания самого себя, самопознания. В этом случае свидетельствуемый (объект, с точки зрения эксперта) становится по отношению к себе одновременно и субъектом, и объектом. Точность сведений, сообщаемых эксперту свидетельствуемым, зависит от точности его ощущений и восприятий, от умения и желания правильно передать ощущаемое. Получаемые от свидетельствуемого сведения о происшеств-

вии, об его отношении к происшествию и об участии в нем также могут в той или иной степени не соответствовать действительности вследствие субъективности восприятия некоторых моментов или намеренного искажения фактов. Эти особенности приходится учитывать при экспертизе живых лиц.

При экспертизе живых лиц определяется не только состояние объекта в момент исследования (наличие и характер телесных повреждений, состояние здоровья, степень утраты трудоспособности, достижение половой зрелости, лишение девственности, наличие беременности, возраст и др.). От экспертов нередко требуется ретроспективное высказывание (например, установление опасности для жизни в момент нанесения повреждений, выяснение возможности совершения определенных действий сразу после травмы и др.) и предсказание (о возможности восстановления утраченных функций, об изгладивости повреждений на лице и др.).

Трупы как объекты экспертного познания также имеют свои особенности. Они сохраняют (до определенных пределов) структурные свойства человеческого тела, но утрачивают функции живого организма. При исследовании трупов у эксперта обычно отсутствуют анамнестические сведения и, таким образом, как бы снимается один из моментов, усиливающих субъективность познания. Однако это обстоятельство чаще лишь усложняет исследование и в определенной мере может ограничивать возможности экспертного разрешения некоторых вопросов.

По состоянию тканей и органов в момент исследования познающий субъект судит о прошлом — давности и причине наступления смерти, характере телесных повреждений, механизме их возникновения, положении потерпевшего в момент травмы, употреблении им алкоголя и др. В ряде случаев от эксперта может потребоваться предсказание, например о сохранности яда или сохранности тканей в захороненном трупе, при решении вопроса о целесообразности эксгумации.

Существенной особенностью объектов — живых лиц и трупов — является их практически ощутимая изменчивость во времени. Происходит заживление, а затем и исчезновение повреждений, могут измениться состояние здоровья, степень утраты трудоспособности, срок беременности и др. Трупы подвергаются аутолизу, гнилостному разложению, мумифицируются, превращаются в жировоск. Эта изменчивость объектов во времени в большинстве случаев затрудняет исследование и ограничивает экспертные возможности при разрешении ряда вопросов. В то же время познание закономерностей изменчивости объектов позволяет устанавливать давность нанесения

повреждений и наступления смерти, условия, в которых хранился труп и др. Вместе с тем многие свойства объектов могут оставаться практически неизменными.

Объектами познания в судебно-медицинской экспертизе являются и вещественные доказательства. По сложившейся традиции вещественными доказательствами в судебной медицине обычно называются части и выделения человеческого либо животного организма (кровь, волосы, сперма, слюна и др.), исследуемые в биологическом отделении судебно-медицинской лаборатории. Нам представляется, что термин "вещественные доказательства" правильнее распространять на все предметы, исследование которых производится в судебно-медицинской лаборатории. Тогда под вещественными доказательствами мы будем понимать различные предметы, ткани, материалы, вещества и др. биологического и небиологического происхождения, подлежащие лабораторному (биологическое, химическое, физико-техническое, гистологическое и др.) судебно-медицинскому исследованию. Исследование вещественных доказательств может осуществляться либо в порядке самостоятельной экспертизы по поручению органов следствия, либо как дополнительное исследование по поручению судебно-медицинского эксперта общего профиля при проведении им экспертизы трупа или живого лица.

Своеобразными особенностями отличается объект исследования при судебно-медицинской экспертизе по материалам дела. При проведении подобного рода экспертиз субъекта интересует не само по себе уголовное или гражданское дело в целом, а заключенные в нем сведения, главным образом медицинского характера, касающиеся какого-либо конкретного лица (мертвого тела). Это лицо (мертвое тело) и будет основным объектом нашего исследования, нашего познания. По существу о том же пишет В.А.Лекторский: "Даже там, где субъект по видимости действует в чисто знаковой сфере, в действительности имеет место анализ объекта, хотя этот анализ совершается не на пути непосредственного взаимодействия с объектом, а на пути движения в том познавательном содержании, которое уже отражено. Знаковая система — не "вторая действительность", которая в процессе познания замещает "первую действительность" — мир реальных предметов, а лишь способ возможной познавательной деятельности субъекта с единственной действительностью, с которой он имеет дело в процессе познания — с реальным объектом". Но объект в данном случае предстает перед субъектом (обычно — экспертной комиссией) не непосредственно в виде чувственно-воспринимаемого предмета, а опосредованно, через видение других лиц. Экспертам самим не приходится наблюдать больного (потерпевшего), не приходится исследовать его труп в слу-

чае смертельного исхода болезни или травмы. Это уже сделано другими лицами — лечащими врачами, рентгенологом, прозектором, гистологом и др. Результаты наблюдений, исследований этих лиц, также являющихся субъектами познаний и действия, изложенные в соответствующих документах, позволяют экспертам во многих случаях не только получить представление об изучаемом лице, но и поставить или уточнить диагноз заболевания, установить причину смерти, выяснить ряд других вопросов. При этом сам объект экспертного исследования как бы раздваивается: с одной стороны в качестве такового выступает конкретный человек или его мертвое тело (это в конечном счете и есть основной объект экспертного внимания), с другой — результаты исследования этого лица или его трупа другими лицами. В то же время объект исследования остается единым, так как основной объект (живое лицо или труп) познается субъектом исключительно через восприятия других лиц.

При проведении судебно-медицинской экспертизы по так называемым врачебным делам объектом познания является не только живое лицо или труп человека, но и профессиональная деятельность работников здравоохранения. Эксперты выясняют объем, качество проведенных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, дают им свою оценку.

Особенности судебно-медицинской экспертизы по материалам дела заключаются, с одной стороны, в опасности большого влияния субъективных моментов на экспертные выводы, с другой — в прямой зависимости возможностей экспертизы от объема специальных сведений, содержащихся в материалах дела. Этот объем зависит от полноты и тщательности первичного исследования объекта, от полноты другой имеющей значение информации об объекте и об обстоятельствах происшествия.

Опираясь на установленные предыдущими исследователями данные (сведения о течении и симптоматике болезни, о результатах лабораторных исследований, морфологических изменениях и др.), эксперты проводят самостоятельное исследование. При этом имеющиеся в материалах дела результаты исследований, проведенных другими лицами, отнюдь не воспринимаются экспертами как абсолютно достоверные, бесспорные данные. Как правило, они в той или иной степени подвергаются критическому анализу со стороны экспертов, которым необходимо понять, что именно в наблюдениях, исследованиях, проведенных другими лицами объективно, а что привнесено субъектом, т.е. субъективно и может не соответствовать действительности. Следовательно, эксперты, часто сами того не сознавая, в своей практической деятельности вынуждены заниматься проблемой субъективного и объективного. Точно так же и выводы

экспертной комиссии носят самостоятельный характер, могут частично или даже полностью не совпадать с выводами первых исследователей.

Объект при экспертизе по материалам дела отличается определенной стабильностью, относительной сохранностью во времени. Необходимо иметь в виду, что изменениям подвергаются не только отдельные конкретные объекты на протяжении периода своего индивидуального существования. Определенные изменения объектов происходят и в историческом аспекте, т.е. как бы от поколения к поколению. Особенно это относится к живым лицам и трупам. И если на протяжении веков биологическая природа человека меняется не слишком заметно, то весьма существенны изменения условий жизни людей, изменения окружающей среды и, следовательно, изменение характера воздействий этой среды на человека. Это приводит к появлению качественно новых ответных реакций организма, в том числе и к ранее не имевшим места болезненным проявлениям (например, лучевая болезнь, лекарственная аллергия, отравления новыми химическими соединениями и др.). Отсюда следует, что объекты судебно-медицинской экспертизы исторически также не пребывают неизменными, они развиваются, усложняются, исследование их требует все большей и большей подготовки познающего субъекта.

И субъект и объект экспертного познания являются образованиями сложными, изменяющимися и всякий раз особенными, неповторимыми.

Свойства исследуемого объекта (анатомо-физиологические особенности организма, характер имевшего место воздействия на организм, выраженность его ответных реакций, степень сохранности и др.), безусловно, оказывают влияние на процесс экспертного познания, делают его то более, то менее сложным, и могут отражаться на конечном результате познания.

В еще большей степени результат познания зависит от познающего субъекта, от состояния его органов чувств (зрение, осязание, обоняние, слух), от его внимательности, опыта, знаний, владения техническими приемами исследования, умения логично мыслить, овладения научной методологией экспертного познания и других качеств. Иногда вывод зависит даже от концепции, которой придерживается эксперт в том или ином спорном либо недостаточно ясном вопросе. Так, до введения действующих "Правил определения степени тяжести телесных повреждений" (1961) проникающие ранения грудной клетки без повреждения внутренних органов при благоприятном течении одними авторами оценивались как тяжкие, другими — как легкие с расстройством здоровья. Аналогично сейчас решается вопрос о причине смерти в случае сочетания сердечно-сосудистой патологии и высокой концентрации алкоголя в крови и моче (Е.А.Лит-

вак, 1976), а также в ряде других случаев.

Говоря о влиянии личностных качеств субъекта на результат познания, необходимо отметить, что многое зависит от подготовки эксперта, от "школы", которую он прошел. Известно, низкое качество экспертиз, производившихся врачами экспертами (А.М.Гамбург, 1956; Р.М.Карасик, 1957; И.Я.Купов, 1962 и др.). Но можно привести и немало примеров, когда некачественные заключения были даны опытными и, по общему мнению, квалифицированными экспертами. Встречаются случаи, когда исследование одного и того же объекта разными экспертами приводит к противоположным результатам. Приводим пример из экспертной практики.

Гр-н П. был сбит на улице автомашиной, и тут же доставлен в больницу, где диагностировали перелом шейки бедра. Потерпевшему была наложена гипсовая повязка и через 2 дня он выписался домой под наблюдение хирурга. Через 8 дней после выписки из больницы состояние П. резко ухудшилось, он был вновь доставлен в стационар, где на следующий день умер. При исследовании трупа патологоанатомом обнаружены, помимо перелома шейки бедра, гипертоническая болезнь, атеросклероз, тромбоз вен голеней и тромбоэмболия легочной артерии. По делу была назначена судебно-медицинская экспертиза, на разрешение которой поставлены вопросы о тяжести телесных повреждений, причине смерти и наличии связи между травмой и смертельным исходом.

Независимо друг от друга по материалам дела были проведены две экспертизы. Одно из заключений гласило:

"1. Повреждения у гр-на П., 76 лет, в виде закрытого вколоченного перелома шейки правого бедра причинены тупым твердым предметом, давностью соответствуют обстоятельствам дела и относятся к менее тяжким телесным повреждениям, как повлекшим расстройство здоровья на срок более 4 нед. (при благоприятном течении сращение шейки бедра наступает через 3—4 мес.).

2. Смерть гр-на П., 76 лет, наступила от тромбоэмболии легочной артерии, возникшей при наличии флеботромбоза глубоких вен обеих голеней, общего атеросклероза и гипертонической болезни.

3. Перелом шейки правого бедра у гр-на П. в прямой причинной связи с его смертью не стоит".

Второе заключение (приводится в сокращении):

"4. . . .смерть гр-на П., 76 лет, наступила от причиненного ему закрытого вколоченного перелома шейки правого бедра, осложнившегося тромбозом глубоких вен нижних конечностей и последующей тромбоэмболией (закупоркой) системы легочной артерии. Смерть гр-на П. находится в причинной

связи с травмой, полученной 15 апреля с.г.

5. Неосложненные переломы шейки бедра при благоприятном течении требуют длительного, в течение нескольких месяцев, лечения. В связи с этим такие повреждения относятся к категории менее тяжелых, как влекущие длительное расстройство здоровья. В данном случае перелом шейки бедра осложнился опасным для жизни состоянием — тромбозом глубоких вен нижних конечностей, повлекшим смертельную тромбоэмболию системы легочной артерии. В связи с изложенным перелом шейки бедра у гр-на П., осложнившийся тромбозом глубоких вен голени и тромбоэмболией легочной артерии, является тяжким телесным повреждением, опасным для жизни и повлекшим смертельный исход”.

Несмотря на то, что эксперты пользовались одними и теми же данными, сделанные ими выводы оказались диаметрально противоположными. Ясно, что оба заключения не могут быть истинными. Мы воздержимся от анализа приведенных заключений, полагая, что читатель сам сумеет их оценить. Но этот пример убедительно показывает, что результаты познания могут находиться в очень большой зависимости от личности эксперта. Напомним, что и в клинической медицине успех распознавания болезней во многом определяется личностными качествами субъекта познания — врача. И.А.Кассирский (1970), например, отмечает, что в сложных случаях диагностики многое зависит ”от личных данных врача, его способностей, его диагностического искусства, богатства ассоциаций, определяемых как талантом, так в равной степени эрудицией и опытом”.

Вместе с тем результат познания зависит не только от свойств и особенностей познающего субъекта и исследуемого объекта. В значительной степени он определяется характером взаимодействия между ними: условиями, в которых проводится экспертиза (состояние освещенности, температура помещения, наличие или отсутствие отвлекающих моментов и др.), использованием приборов и оборудования, целью и избранной методикой исследования и другими моментами. Рассмотрим влияние некоторых особенностей взаимодействия субъекта и объекта на результат познания.

Большая часть свойств познаваемых объектов доступна непосредственному восприятию эксперта. Он может увидеть и ощупать морфологические образования, услышать звуковые эффекты (например, крепитация отломков, шум трения плевры и др.), ощутить запахи. Но многие свойства исследуемых объектов остаются недоступными для непосредственного восприятия и могут быть познаны лишь косвенным способом. Например, органы чувств эксперта не в состоянии ощутить видовую или групповую принадлежность крови в пятне на вещественном доказательстве, да и сам характер пятна (кровя-

ное или не кровавое) представляется до проведения специального исследования сомнительным. Для выяснения так называемых скрытых свойств субъект определенным образом воздействует на объект, даже изменяет его в той или иной степени, добиваясь получения известного эффекта, улавливаемого органами чувств. С этой целью он получает спектры гемохромогена и гематопорфирина, проводит микрокристаллические реакции, реакции преципитации, абсорбции, агглютинации и др. Изменив особым образом взаимодействие между собой и объектом, субъект глубже проникает в свойства последнего, полнее познает его.

В процессе исследования эксперт нередко использует различные приборы, например лупу, микроскоп и др. Эти приборы являются частью гносеологического субъекта. Они объективны как материально существующие вещи, но субъективны в том отношении, что задуманы и спроектированы субъектом, являются как бы продолжением его органов чувств, увеличивают его познавательные возможности.

Измерительные приборы, применяемые при исследовании (линейка, мензурка, микрометр и др.), уточняют показания наших недостаточно совершенных органов чувств, делают их более объективными.

Иногда приборы выступают как бы в виде самостоятельно действующих физических тел (например, газовый хроматограф, спектрограф), и сам процесс исследования внешне выглядит, как взаимодействие между объектами. В действительности созданный человеческим разумом аппарат и в этом случае служит частью субъекта, является, по выражению Л.К.Битинайте (1972), "объективизированным, общественным органом чувств", принадлежащим не какому-то отдельному человеку, а субъекту вообще, обществу. Таким образом, приборы "совершенствуют" наши органы чувств, а результаты познания при этом меньше зависят от личности эксперта, т.е. становятся более объективными.

Взаимоотношение между человеком и прибором (машиной) П.В.Копнин (1974) характеризует так: "Создавая машину, человек, с одной стороны, природный материал превращает в орган человека, с другой стороны, свои собственные идеи, цели отделяет от себя, превращает в реальность, существующую независимо от его сознания. В машине и объект переходит в субъект и субъект объективируется".

Результаты познания зависят от применяемых методик исследования. Например, обнаружить кровь в пятне можно с помощью микрокристаллических реакций и микроспектрального исследования. Последняя методика более чувствительна и надежна, в связи с чем с ее помощью кровь может быть обнаружена в таких объектах, в ко-

торых она не открывается с помощью микрокристаллических реакций. Что касается количественного определения алкоголя в судебной химии, его также можно произвести с помощью разных методов: нитритного, высаливания, Видмарка, фотометрического, газовой хроматографии. Известно, что при исследовании одного и того же материала различными методами получают несколько отличающиеся показатели содержания алкоголя. В обоих примерах при проведении исследований объекты и субъекты оставались неизменными. Меняются лишь характер взаимодействия между ними, и уже одно это приводит к получению разных результатов.

В познавательной системе субъект — объект активным началом является субъект. "Что выделяется мышлением в познаваемом объекте, от чего оно отвлекается, какие именно свойства проектируются мышлением для предметной реализации . . . , зависит как от природы объектов, с которыми имеет дело мышление, так и от природы субъекта познания и действия" (А.И.Петрушик, 1975). Активность субъекта — необходимое условие познания. Именно им определяются цель познания, способ "проникновения" в объект, объем и пределы воздействия на объект и др.

Субъект не пассивно воспринимает исходящие от объекта и отражающие его состояние сигналы, а активно ищет их, нередко применяет специальные методы исследования, способствующие проявлению скрытых сигналов (например, проводит пробу на выявление воздушной эмболии, окрашивает гистологические препараты, воздействует на объект определенными реагентами и др.). Полученные сигналы изучаются и анализируются исследователем, в сознании которого возникает образ объекта. При этом отображение объекта в сознании субъекта подобно не бесстрастной фотографии, запечатлевающей в равной степени как важные, так и безразличные детали. В познавательном образе все случайное, несущественное отсеяно, а все необходимое, существенное сконцентрировано и выступает на первый план. Именно активностью субъекта обусловлена такая важная в познавательном отношении способность выделять из бесчисленного множества наблюдаемых явлений главные, существенные, не застревать на мелочах, не запутываться в них. При этом само отнесение наблюдаемых явлений, признаков к существенным или несущественным производится в процессе исследования экспертом, т.е. оно в определенной мере субъективно. Но вместе с тем за каждым из этих признаков объективно стоят случайные или необходимые связи, и точное знание этого снимает субъективность, придает делению признаков на существенные и несущественные объективный характер. Однако надо заметить, что мы далеко не всегда обладаем точным знанием о характере связей наблюдаемого признака и поэтому говорить об абсолютной

объективности в этом вопросе пока еще рано. Можно лишь утверждать, что чем квалифицированнее эксперт, тем правильнее, полнее, а значит и объективнее он сумеет выделить существенные признаки, которые послужат ему основанием для выводов. Таким образом, активность субъекта обуславливает известную самостоятельность и как бы некоторую независимость его от объекта.

Зависимость между результатом познания и целью экспертизы можно проследить на следующем примере из практики.

На судебно-медицинское исследование поступила часть расчлененного трупа человека — мягкие ткани (кожа, подкожная клетчатка и частично мышцы) грудной клетки, верхнего отдела живота и поясницы. Эксперт в соответствии с предложенными ему вопросами установил пол, возраст, примерный рост погибшего, способ расчленения и примерную давность наступления смерти. Каких-либо индивидуальных примет на исследуемой части тела обнаружено не было. Получив заключение судебно-медицинского эксперта, следователь установил, что погибшим мог оказаться исчезнувший гр-н К. Следователю стало известно, что у гр-на К. в области поясницы была небольшая рана, после которой мог остаться рубец. При дополнительном исследовании в области поясницы действительно был обнаружен небольшой малозаметный рубец.

На первый взгляд может показаться, что необнаружение рубца при первичном исследовании объясняется просто недостаточной внимательностью эксперта. Думается, что это не совсем так. Если бы на исследуемой части тела были более или менее бросающиеся в глаза индивидуальные особенности (родимые пятна, бородавки, татуировки, рубцы и др.), они оказались бы обнаруженными. Дело в том, что имевшийся рубец был *слишком малозаметен*, и обнаружение его при первичном исследовании явилось бы скорее случайностью, чем необходимостью. При повторном исследовании, когда перед экспертом была поставлена новая конкретная цель (что искать и где искать), когда внимание его было определенным образом сконцентрировано, рубец был обнаружен совсем не случайно, а вполне закономерно.

Таким образом, изменение характера взаимодействия субъекта и объекта привело к изменению результата познания, к получению новых знаний об объекте.

Поскольку каждый объект обладает бесчисленными признаками, свойствами, познание его всегда в той или иной мере ограничено, неполно. В каждом конкретном случае оно ограничено целями и задачами исследования, уровнем и возможностями познания в данный момент.

Например, при экспертизе живых лиц по поводу телесных повреждений задача эксперта заключается в установлении характера и степени тяжести телесных повреждений, механизма и давности их

возникновения. В то же время для эксперта не имеют значения такие, безусловно важные в других отношениях, характеристики личности свидетельствуемого, как его интеллект, свойства характера, образование и др. Иначе говоря, субъект познает и стремится познать лишь те стороны объекта, которые имеют значение по делу. Эта познаваемая экспертом часть бесконечно сложного объекта и составляет предмет экспертного исследования (подробнее см. гл.У1). Возможность выбора предмета исследования также определяется активностью субъекта.

Познавательные возможности каждой конкретной экспертизы всегда ограничены. Как уже говорилось, они обусловлены исторически достигнутым на данный период уровнем знаний. Существующую зависимость между достигнутым уровнем общественно-го познания и возможностями единичных познавательных актов можно проследить на примере экспертизы автомобильной травмы. Вначале, когда еще не было обобщающих исследований по этому виду травмы, эксперты в заключениях ограничивались выводом о воздействии тупого орудия. Дальнейшее развитие знаний позволило выделить повреждения, характерные для автомобильной травмы, в связи с чем в экспертных заключениях появились выводы о повреждениях, причиненных автомашиной. Более детальное изучение механизма повреждений дало возможность экспертам устанавливать не только факт воздействия автомашиной, но и конкретный вид автомобильной травмы. Здесь процесс познания, как и всегда, движется от познания сущности первого порядка к познанию сущности второго, третьего порядка и т.д.

Изложенное позволяет до некоторой степени понять, насколько сложен и труден процесс познания при производстве судебно-медицинской экспертизы, от скольких факторов и обстоятельств зависит его конечный результат. И хотя в подавляющем большинстве случаев экспертиза дает нам истинное знание, всегда существует возможность экспертной ошибки. Превратится эта возможность в действительность или нет — в значительной степени зависит от личности эксперта, его способностей, знаний, умения избирать рациональный план и методику исследования, от овладения правильной методологией мышления, от упорства и настойчивости в достижении цели и от ряда других качеств.

Результат экспертного познания находит свое выражение в судебно-медицинском заключении. Это заключение содержит в себе объективную и субъективную стороны; к рассмотрению их особенностей мы и переходим.

СУБЪЕКТИВНОЕ И ОБЪЕКТИВНОЕ
В ЗАКЛЮЧЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА

Взаимодействие субъекта и объекта приводит к познанию субъектом определенных сторон, свойств, признаков объекта. В сознании субъекта возникает познавательный образ объекта. Этот познавательный образ есть отражение реально существующего объекта, его формы и содержания, его тех или иных реально существующих и не зависящих от субъекта свойств. В этом смысле образ независим от субъекта.

Вместе с тем познавательный образ существует лишь в сознании субъекта, он идеален, он сам по себе не обладает свойствами объекта, хотя эти свойства и отражены в образе. Свойства объекта могут быть отражены в познавательном образе с разной степенью полноты, точности, глубины, что бывает обусловлено рядом обстоятельств: целью исследования, особенностями органов чувств, характером применяемого оборудования, особенностями мышления, достигнутым уровнем развития науки (общественного познания) и др. Познавательный образ в известной мере конструируется субъектом, зависит от субъекта.

Следовательно, в познавательном образе сосуществуют моменты, как зависящие от субъекта, так и не зависящие от него. Совокупность первых есть субъективное, совокупность вторых — объективное в образе. Поскольку независимое от субъекта определяется объектом, отражает его, то "объективное есть соответствующее объекту, а субъективное — не соответствующее ему в образе" (М.Н.Руткевич, 1970).

Категории объективного и субъективного своим происхождением обязаны объекту и субъекту. Какое большое значение в современной научной литературе придается изучению роли и взаимоотношений объективного и субъективного в познании, можно видеть, например, из следующего высказывания: "... задача научного познания заключается в том, чтобы в идеальной картине отражения были раскрыты объективные и субъективные стороны, объяснено их различие и тождество, чтобы глубоко проникнуть в объективность и освободить наши мысли от того, что привнесено субъектом" (Д.Ф.Каландадзе, 1965).

Вполне естественно, что указанная проблема привлекает внимание многих исследователей-философов. Можно сослаться, например, на работы Н.М.Дмитренко (1960), Л.Живковича (1969), Ф.И.Георгиева (1974), Н.И.Сычева (1975) и др. Некоторые аспекты пробле-

мы субъективного и объективного затронуты в медицинской литературе. Так, С.А.Гиляревский и К.Е.Тарасов (1965) анализируют отношения субъективного и объективного в диагностике, А.М.Ве-гер (1970) — в практике экспертизы трудоспособности. И.В.Давы-довский (1928) и другие авторы отмечали, что в происхождении врачебных ошибок играют роль как объективные, так и субъективные факторы. Г.И.Царегородцев и П.П.Ширинский (1972) считают, что изучение места, роли и отношения субъективного и объективного в судебной медицине имеет важное методологическое значение.

Каково же взаимоотношение субъективного и объективного в судебно-медицинских заключениях?

В процессе проведения экспертизы судебно-медицинский эксперт получает определенное знание об объекте своего исследо-вания. Мыслительная деятельность эксперта осуществляется не только в период исследования объекта, не только в моменты, когда про-исходит чувственное созерцание, но и позднее, когда непосредствен-ное восприятие объекта органами чувств прекращается. В итоге этой мыслительной деятельности в сознании эксперта возникает познавательный образ объекта исследования, являющийся, как мы уже знаем, сочетанием объективного и субъективного. Но этот идеаль-ный познавательный образ объекта исследования, содержащий опре-деленное знание об объекте, существует лишь в сознании эксперта и нигде больше. Чтобы сделать полученное экспертом знание доступ-ным для других лиц, необходимо выразить его в чувственно-воспри-нимаемой, материальной форме. Это достигается составлением до-кумента судебно-медицинской экспертизы.

Содержание познавательного образа составляют как чувст-венные данные, полученные непосредственно при исследовании объ-екта, так и интерпретация этих данных посредством абстрактного мышления. В документе судебно-медицинской экспертизы чувствен-ные данные подробно излагаются в разделе "Описательная часть". В заключении же они в лучшем случае отражены очень кратко, зато основное содержание заключения составляют экспертные выводы, т.е. результаты мыслительной деятельности эксперта. Отсюда сле-дует, что познавательный образ, сложившийся в сознании эксперта, в целом шире экспертного заключения, что эксперт вводит в заклю-чение лишь те сведения об объекте, которые считает имеющими значение по делу. Поэтому экспертные выводы в заключении далеко не равны чувственному образу объекта. Например, вывод о смерти, наступившей в результате механической асфиксии, не является вопро-изведением тех чувственно-воспринимаемых признаков механической асфиксии, которые эксперт обнаружил при исследовании трупа; вывод о смерти вследствие воздействия высокой температуры не

содержит в себе наглядного образа ожогов, хотя именно их наличие послужило основанием для эксперта сделать этот вывод.

Поскольку заключение эксперта есть результат познания субъектом объекта, оно представляет собой единство субъективного и объективного. Вместе с тем по вопросу о роли и значении субъективного и объективного в познавательном образе существуют различные мнения. Согласно довольно распространенной точке зрения, результат познания объективен по содержанию и субъективен по форме. Аналогичные утверждения можно встретить и в медицинской литературе: "Любое человеческое отражение, восприятие фактов, как бы оно ни приобреталось — непосредственно органами чувств или опосредованно через различные инструменты и сложные приборы, всегда одновременно субъективно по форме и объективно по содержанию" (С.А.Гиляревский, К.Е.Тарасов, 1973).

Подобная точка зрения подвергается критике со стороны М.Н.Руткевича (1970), справедливо отмечающего, что если бы содержание познавательного образа было всегда целиком объективным и только объективным, то проблема истины решалась бы автоматически. Действительно, если бы содержание экспертного заключения было всегда и во всех случаях только объективным, то экспертные ошибки тогда просто не могли бы иметь места.

В работах В.Ф.Кузьмина (1969, 1971, 1976) приводится теоретическое обоснование вывода о том, что познавательный образ и объективен и субъективен одновременно как по форме, так и по содержанию. То же с полным правом можно сказать и в отношении судебно-медицинского заключения.

Экспертное заключение представляет собой единство формы и содержания. Содержанием заключения будут та информация, те данные, которые изложены в нем. К форме заключения, на наш взгляд, относятся такие компоненты, как композиция заключения в целом, способы обоснования выводов, стиль изложения и др.

Если рассматривать отдельно содержание экспертного заключения, то оно одновременно и объективно, и субъективно. Какие-то моменты, выводы, утверждения в заключении соответствуют объекту (как правило, таких большинство), какие-то не соответствуют, привнесены субъектом, т.е. субъективны. То же относится и к форме. Форма экспертного заключения по сравнению с его содержанием находится в большей зависимости от субъекта, но все же эта зависимость не беспредельна. В определенных пределах могут варьировать композиция заключения, способы обоснования выводов, разный может быть стиль изложения и др., но наряду с этим действуют и независимые от субъекта закономерности, обуславливающие объективный компонент формы. Например, выбор того или иного спо-

соба обоснования выводов зависит от эксперта, и в этом смысле он субъективен. Но любое обоснование выводов происходит не по произволу эксперта, а совершается по правилам и законам логики, которые не зависят от субъекта, а имеют общечеловеческое значение и отражают реально существующие связи между вещами и явлениями. Таким образом, и содержание и форма экспертного заключения также объективны и субъективны одновременно. В конечном счете это обусловлено единством, взаимосвязью категорий формы и содержания.

Заключение объективно, ибо в нем отражены не беспочвенные фантазии эксперта, а реальные связи, свойства, отношения реальных предметов и явлений материального мира, существующих вне и независимо от нашего сознания. Другими словами, в заключении отражены свойства объекта. Ценность заключения эксперта — в его объективности. Это определено и в законе: "Эксперт обязан явиться по вызову лица, производящего дознание, следователя, прокурора и суда и дать о б ъ е к т и в н о е (разрядка наша — *И.В.*) заключение по поставленным перед ним вопросам" (ст. 82 УПК РСФСР).

Вместе с тем в заключении обязательно присутствует и субъективная сторона, официальное отношение к которой, как правило, негативное. Представляется, что такую однозначно-негативную оценку субъективной стороны экспертного заключения нельзя считать оправданной, так как структура субъективного в заключении достаточно сложна. По нашему мнению, можно выделить следующие основные моменты субъективного в судебно-медицинских заключениях:

во-первых, экспертное заключение не есть объект, хотя оно и отражает определенные стороны и свойства объекта. Заключение — способ выражения полученного экспертом (субъектом) нового знания. В этом смысле субъективно всякое заключение, и эта "субъективность" не является недостатком заключения;

во-вторых, являясь по содержанию своему отражением определенной части материального мира, заключение отражает ее всегда в той или иной степени неполно, ограничено, субъективно;

в-третьих, даже при самой высокой степени объективности заключение может быть составлено по-разному: кратко и пространно, понятно и малопонятно, с обоснованием выводов или без него, убедительно и не слишком убедительно, с наличием внутренней логической связи или без нее и т.д. Между этими крайностями возможны бесчисленные промежуточные варианты. Все эти способы выражения результатов экспертного исследования, т.е. то, что составляет преимущественно "форму" заключения, зависят в значительной степени от эксперта и, следовательно, субъективны. Хотелось бы отметить, что в названных значениях субъективное в экспертном

заключении является его неотъемлемым свойством. И далеко не всегда субъективное в заключении следует отождествлять с неполноценным, некачественным, ошибочным, ложным. Согласно диалектическому материализму, "субъективное в познании совсем не означает его неадекватности, а является выражением момента объективной деятельности субъекта" (А.В.Славин, 1976);

в-четвертых, возможны и встречаются на практике ошибочные выводы эксперта, неадекватное отражение действительности в его мышлении. В таких случаях субъективное смыкается с субъективизмом — искаженным и произвольным отражением мира.

Попробуем рассмотреть проявления объективного и субъективного в конкретных экспертных заключениях.

Две экспертные комиссии независимо друг от друга провели экспертизу по выяснению правильности действий медицинских работников по двум сходным делам. В обоих случаях у больных не была диагностирована прободная язва двенадцатиперстной кишки. В результате оперативное лечение не было проведено, а консервативное не могло оказаться успешным. Перед каждой экспертной комиссией органами прокуратуры были поставлены вопросы о возможности правильной диагностики, о мероприятиях, необходимых для постановки правильного диагноза и спасения жизни больного, о возможности спасти жизнь больного.

Кроме перечисленных вопросов, одной из комиссий было предложено выяснить, правильно ли был поставлен диагноз; соответствовало ли назначенное лечение установленному диагнозу; были ли выполнены назначения; какие действия медицинских работников были неправильны и к каким последствиям они привели; какова причина смерти больного. Комиссия пришла к следующему заключению:

"1. Смерть гр-на А. наступила в результате язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложнившейся прободением язвы с последующим разлитым гнойным воспалением брюшины (перитонит).

2. Диагноз основного заболевания при осмотре больного в амбулатории был установлен врачом М. неправильно.

3. Лечение, назначенное больному врачом М. в соответствии с установленным диагнозом (острый гастрит), было в основном правильное. Согласно объяснениям медицинского персонала больницы, назначенное лечение больному было проведено.

4. В том случае, если бы осмотр больного был проведен тщательно, с учетом начала и развития заболевания, возможность установить правильный диагноз имелаась, поскольку у больного А. признаки прободения язвы двенадцатиперстной кишки были налицо: желудочная патология в анамнезе, острое

начало заболевания, резкие боли в животе, тошнота, вынужденное положение больного, сухой обложенный язык, напряжение мышц в подложечной области.

В случае сомнения при постановке диагноза врач М. обязан был обеспечить постоянное наблюдение за больным для решения вопроса о неотложном хирургическом вмешательстве, которое было единственным методом лечения.

5. При своевременной постановке диагноза и неотложном оперативном вмешательстве жизнь больного А. могла быть спасена".

Если оставить в стороне замечания относительно неточности ряда выражений и некоторых других недостатков, присущих этому заключению не имеющих существенного отношения к рассматриваемым вопросам, можно отметить такие положительные качества заключения, как конкретность и краткость. Однако краткость в данном случае достигнута тем, что многие выводы (пп. 1, 2, 3 и 5) излагаются без всякого обоснования. Поэтому от положительной оценки заключения в целом следует воздержаться.

Заключение второй экспертной комиссии:

"1. В данном случае действия врачей были во многом неправильными. Гр-н М. 25 июня около 18 ч. внезапно заболел. Во время работы у него появились резкие боли в животе. Он был срочно доставлен в поликлинику. Фельдшер скорой помощи, осмотрев больного, заподозрила прободную язву желудочно-кишечного тракта и направила больного на рентгенологическое исследование. Врачом-рентгенологом была произведена обзорная рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта. Не обнаружив свободного воздуха в брюшной полости, врач-рентгенолог исключил перфорацию полого органа, в связи с чем больной был отправлен домой. Это была первая и при этом большая ошибка, повлекшая за собой ряд других. В начальный период легче диагностируется прободная язва, легче дифференцируются острые заболевания органов брюшной полости, затем первоначально выраженные явления при прободной язве с течением времени как бы стихают. Диагноз заболевания в поликлинике не был поставлен, да к этому никто и не стремился, а лишь ограничились рекомендацией вызвать машину скорой помощи в случае ухудшения состояния.

Через несколько часов состояние больного не улучшилось, и в сопровождении отца и фельдшера он был доставлен на консультацию к хирургу И., который осмотрел больного в машине скорой помощи. Беглое знакомство с больным в машине, в неблагоприятных для осмотра условиях, не позволило хирургу И. поставить правильный диагноз заболевания. Быстро отвергнув острую катастрофу в животе, не поставив никакого диагноза, он рекомендовал ввести обезболивающие средства, атропин, грелку на область живота. В одном поступил он правильно, порекомендовав срочно госпитализировать больного

Больной был госпитализирован 25 июня в терапевтическое отделение

медсанчасти без диагноза. Врач В., осмотрев больного 25 июня в 23 ч. не поставился разобраться в данном заболевании и, не поставив диагноза, назначил покой, холод, обезболивающие средства. Приняв больного в стационар, врач В. тем самым согласился с необходимостью госпитализации и, хотя больной был для него неясен, не принял никаких мер и попыток установить диагноз, и больной в течение 8,5 ч. оставался без врачебного наблюдения. Утром 26 июня больного осматривала и в дальнейшем наблюдала врач К. В истории болезни она указывает характерные симптомы развивающегося перитонита, но ставит диагноз острого панкреатита.

Консилиум врачей в составе Г., И., Х., В. и К. не внес ясности в заболевание больного. Поставленный неправильно диагноз повлек за собой и неправильную тактику лечения, что привело к смерти больного.

2. Диагностировать заболевание у гр-на М. в данном случае было, возможно, и трудно, особенно в период, когда больного осматривал консилиум врачей. Неправильный диагноз был поставлен вследствие недостаточно внимательного осмотра и обследования больного, а также неправильной трактовки имеющихся симптомов и данных.

У больного отсутствовал анамнез язвенного заболевания, но среди полного здоровья он схватился руками за живот, упал и стал кричать от болей в животе. При рентгеноскопии не было обнаружено свободного газа в брюшной полости, и врач-рентгенолог сразу же исключил перфорацию полого органа. Как известно, "пневмоперитонеум спонтанный" отмечается только в 50–75% случаев прободной язвы. Больной был осмотрен и хирургом, который не обнаружил напряжения мышц живота — исключительно важный признак прободной язвы. Через некоторое время врачи-терапевты его видят, но не придают ему большого значения. Этот симптом иногда может быть выражен слабо. У молодых напряжение уменьшается в стадии "мнимого благополучия", когда все симптомы перфорации выражены неясно. В этой фазе наступает не только субъективное, но и объективное благополучие и чаще всего допускаются диагностические ошибки. Стертость клинических данных зависела также от введенных больному обезболивающих средств.

Консилиум врачей, находясь под влиянием мнения хирурга И., неправильно интерпретировав клинические данные, внимательно не проанализировав данные пульса, температуры, анализа крови, общего состояния и состояния живота, допустил большую диагностическую ошибку. Поставив диагноз острого панкреатита, консилиум назначил консервативное лечение как лучший метод лечения острого панкреатита, которого и придерживается большинство отечественных и зарубежных клиницистов.

3. При перфорации язвы в стенке желудочно-кишечного тракта единственно правильным лечебным мероприятием является операция: вскрытие брюшной полости, ушивание прободения либо удаление части желудка вместе с прободной язвой. Эта операция должна производиться в первые часы после прободения. Каждый лишний час промедления весьма неблагоприятен для

исхода, так как шансы на благоприятный исход катастрофически падают с каждым оборотом минутной стрелки. При своевременной и правильно выполненной операции, возможно, гр-н М. и был бы жив. Но так как бывают смертельные исходы и при своевременном и надлежащем оказании медицинской помощи, категорически высказаться о том, можно ли было спасти жизнь М. своевременной операцией, не представляется возможным”.

Нетрудно увидеть, что второе заключение значительно отличается от первого. Оно характеризуется многословием, пространностью рассуждений, ненужным пересказом событий. Явственно выражены эмоциональные моменты, присутствие которых в экспертном заключении едва ли уместно. Несмотря на обилие слов (а может быть именно вследствие этого), отдельные выводы экспертов представляются недостаточно четкими и конкретными, заключению явно нехватает лаконичности. Между тем объективные обстоятельства дела (характер заболевания, его исход, ошибки медицинских работников) в обоих приведенных примерах сходны. Нет принципиальных различий и в оценке событий экспертными комиссиями — в содержании заключений также имеется много общего.

Различия в заключениях, касающиеся композиции, объема, стиля, обоснования выводов и др., зависят от экспертной комиссии (субъекта), от понимания экспертами своих задач, конкретной цели исследования, умения формулировать и обосновывать выводы, от образа мышления и др. Эти различия и выявляют то субъективное в заключениях, которое обусловлено особенностями субъекта.

Представляется, что заключение, лишенное отмеченных субъективных недостатков — чрезмерной краткости и чрезмерного многословия, но отнюдь не избавленное от субъективности вообще, могло бы выглядеть примерно так (составлено по материалам второго примера):

”1. Гр-н М., 23 лет, заболел остро 25 июня. Состояние его быстро ухудшалось и 27 июня он умер в больнице. При патологоанатомическом исследовании трупа М. обнаружены прободная язва двенадцатиперстной кишки и разлитой желчный перитонит (воспаление брюшины). Таким образом, гр-н М. страдал язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, о которой он, по-видимому, не подозревал (в подобных случаях в медицине говорят о так называемых немых язвах) и которая 25 июня осложнилась прободением язвы с последующим развитием разлитого желчного перитонита, приведшего к смерти.

2. Фельдшер скорой помощи заподозрил прободную язву, остальными медицинскими работниками, наблюдавшими больного, правильный диагноз установлен не был.

3. Такие симптомы, как внезапное появление резчайших болей в животе, напряжение мышц верхнего отдела живота, характерны для прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. При наличии этих симптомов врачи должны заподозрить возможность прободной язвы, в срочном порядке провести тщательное обследование и поставить диагноз. В неясных случаях организуются постоянное наблюдение за больным, а иногда с диагностической целью производят пробную лапаротомию (вскрытие брюшной полости).

4. Такие факторы, как отсутствие сведений о наличии у М. язвенной болезни, необнаружение воздуха в брюшной полости при рентгеноскопии, затрудняли диагностику и несомненно сыграли определенную роль в том, что правильный диагноз врачами не был поставлен. Однако решающее значение в этом имели, по-видимому, следующие обстоятельства: отсутствие постоянного динамического наблюдения за больным, особенно со стороны хирурга, неправильная трактовка наблюдавшихся симптомов и, очевидно, слабое знание врачами (в том числе и хирургом) клинической картины прободной язвы двенадцатиперстной кишки.

5. При прободной язве двенадцатиперстной кишки больного может спасти только срочная операция. Чем раньше после начала заболевания производится операция, тем больше вероятность благоприятного исхода болезни. Однако следует заметить, что даже при операции, произведенной в ранние сроки, возможны смертельные исходы. Поскольку истинный характер заболевания у М. врачами установлен не был, операция ему не производилась".

Наверняка возможны и другие "субъективные" варианты заключения по аналогичным материалам дела. Но все три приведенных заключения, несмотря на существенные различия между собой, имеют и много общего. Они сходны по фабуле происшедшего, по экспертной оценке событий. Если эта оценка событий соответствует действительному положению дел, т.е. если она правильно, адекватно отражает объект, то содержание заключений в целом объективно.

Однако из того, что заключение в целом, и его составляющие (форма и содержание) одновременно и объективны и субъективны, вовсе не следует, что доли объективного и субъективного в заключении всегда равны между собой. Содержание заключения в целом обычно более объективно, а форма более субъективна. Но в каждом конкретном заключении пропорция между объективным и субъективным может быть очень разной.

Если значение объективного в заключении ни у кого не вызывает сомнения, то роль субъективного, тесно связанного в первую очередь с формой изложения, явно недооценивается. Работ, посвященных сложной проблеме составления судебно-медицинских заключений, крайне мало. К сожалению, встречаются до сих пор и такие

заклучения, в которых форма изложения (субъективная сторона) мешает понять объективное содержание. Это можно проиллюстрировать следующим примером.

Гр-н Ш., 18 лет, в детстве часто болел ангидами, предъявлял жалобы на боли в области сердца и суставов; кроме того, у него отмечались хореоформные гиперкинезы и психические расстройства с возбуждением и галлюцинациями. По достижении 16-летнего возраста Ш. была установлена группа инвалидности по поводу нейроревматизма, синдрома расторможенности и астенического синдрома. 24 февраля Ш. был избит; в тот же день доставлен в городскую больницу, откуда был выписан 28 апреля с диагнозом: "Ушиб головного мозга. Перелом основания черепа. Субарахноидальное кровоизлияние, правосторонний гемипарез".

Для решения вопроса о тяжести нанесенных ему телесных повреждений Ш. трижды подвергался судебно-медицинскому освидетельствованию, однако заключения экспертов были противоречивы. Тогда была назначена четвертая по счету судебно-медицинская экспертиза, в ходе которой Ш. был госпитализирован в клинику нервных болезней и нейрохирургии. Весьма авторитетная экспертная комиссия пришла к заключению:

"В настоящее время у гр-на Ш. выявляется легкая недостаточность в отведении глазных яблок кнаружи, слабость акта конвергенции (здесь и далее выделено нами — И.В.), больше выраженная слева, расширение правой глазной щели, гипестезия лица справа, грубый псевдопериферический парез мимических мышц справа, гипоплегия (!? — И.В.) лица, отклонение языка вправо, грубый правосторонний гемипарез с преобладанием в руке и в дистальных отделах конечностей, поза Вернике — Манна, гемипаретическая походка, повышение тонуса больше в правых конечностях, равномерно в сгибателях и разгибателях с элементами синдрома зубчатого колеса, феномен застывания Вестфалья, разгибательная контрактура в правой кисти, ротированная кнутри стопа и приведение бедра справа, гемигипестезия поверхностной чувствительности справа, сухожильные и периостальные рефлексы в руках с акцентом в правой, с клонусом правой кисти, в ногах высокие с двух сторон, выше справа, с клонусом стопы и коленной чашечки, патологические симптомы разгибательного типа справа, брюшные рефлексы хуже справа, высокий нижнечелюстной рефлекс, координация нарушена справа из-за гемипареза, легкая атаксия в левых конечностях, дисфазия моторной речи, бледность кожных покровов, повышение артериального давления, положительная ревматическая проба на С-реактивный белок, на ЭКГ гипертрофия левого желудочка. На рентгенограммах черепа костных повреждений не выявлено.

Наличие в анамнезе частых ангин (с детства) и последующее удаление

миндалин, жалоб на боли в области сердца и суставов, выявление у больного хореiformных гиперкинезов и психических расстройств с возбуждением и галлюцинациями может свидетельствовать о том, что больной Ш. страдает в течение длительного времени хроническим ревматическим васкулитом с преимущественным поражением сосудов головного мозга.

При наличии у Ш. данного заболевания травма, имевшая место 24 февраля, вызвала резкие сдвиги в мозговой гемодинамике с последующим стойким нарушением мозгового кровообращения в бассейне глубоких ветвей левой средней мозговой артерии. Непосредственное грубое разрушающее воздействие травмы на вещество головного мозга исключается на основании отсутствия повреждения костей лицевого и мозгового черепа и обязательного признака ушиба головного мозга — следов крови в спинномозговой жидкости при пункции (5 марта). Признаков тяжелого сотрясения головного мозга у Ш. тоже не выявлено, так как отсутствует ретроградная амнезия (пострадавший самостоятельно поднимался на ноги).

Травму, нанесенную Ш., следует считать причиной нарушения мозгового кровообращения с последующим развитием органических изменений в головном мозге, нарушением речи и движений в правых конечностях.

Таким образом, заключение экспертной комиссии от 30 мая о том, что у Ш. после травмы 24 февраля развилась "истерическая реакция в виде мутизма (отсутствие речи) и правостороннего гемипареза с психическим инфантилизмом после перенесенного нейроревматизма", и заключение комиссии от 28 августа (о том, что у Ш. была "закрытая тупая травма головы с ушибом головного мозга . . . и что имевшееся у Ш. до травмы заболевание не повлияло на тяжесть полученных им телесных повреждений . . ."), следует считать не соответствующими данным, полученным при обследовании в условиях Клиники нервных болезней и нейрохирургии.

Таким образом, следует считать травму у Ш., имевшую место 24 февраля, причиной развития у него вследствие наличия сосудистого заболевания нарушения мозгового кровообращения с последующим развитием органических изменений в головном мозге, нарушением речи и движений в правых конечностях. Следовательно, указанные повреждения у Ш. относятся к тяжким телесным повреждениям, как опасные для жизни в момент нанесения и вызвавшие стойкую утрату трудоспособности более чем на одну треть".

Это чересчур пространное заключение, особенно его первая часть, изобилует специальными медицинскими терминами, оценить диагностическое значение которых сумеет далеко не каждый врач. Заключение же написано для работников следствия и суда, незнакомых не только с медицинской симптоматологией, но и с самими терминами. Элементарное требование, чтобы документ был понятен тому, для кого он предназначен, предано здесь забвению. А ведь то же самое можно было бы изложить понятно.

Кроме того, первый абзац в заключении вообще не нужен, ибо в том виде, в каком представлен, он не несет смысловой нагрузки. Без него заключение только выиграет, станет короче, яснее, четче.

Представляется, что в данном случае заключение могло бы быть написано примерно так:

"1. Гр-н Ш. был инвалидом II группы в связи с возникшим в детском возрасте тяжелым хроническим заболеванием — ревматизмом, который протекал с преимущественным поражением нервной системы (нейроревматизм). Однако выпадение двигательных функций в форме параличей или парезов (уменьшение объема или силы движений) у него не отмечалось.

2. После травмы, причиненной гр-ну Ш. 24 февраля, у него возникли расстройства речи (моторная афазия), резкое уменьшение объема активных движений в правых конечностях (грубый правосторонний гемипарез), снижение кожной чувствительности на правой половине тела (правосторонняя гемигипестезия). Перечисленные симптомы свидетельствуют о возникшем вследствие травмы 24 февраля значительном очаговом поражении левого полушария головного мозга (размягчение участка мозговой ткани или кровоизлияние в нее).

3. Возможно, что болезненные изменения кровеносных сосудов головного мозга, обусловленные ревматизмом, могли усугубить последствия травмы у гр-на Ш.

4. Телесные повреждения, нанесенные гр-ну Ш. 24 февраля, относятся к категории тяжких, как опасные для жизни и повлекшие значительную стойкую утрату трудоспособности свыше одной трети".

Приведенные примеры показывают, какое большое значение имеет субъективная сторона заключения. Качество экспертного заключения определяется в конечном итоге не только его объективностью, но и характером, особенностями субъективной стороны. Заключение, написанное небрежно и нередко в значительной степени непонятно, не может удовлетворить органы следствия. От судебно-медицинского эксперта требуется умение употреблять простые и понятные медицинские термины, излагать в популярной форме сложные явления физиологии и патологии человека, четко и недвусмысленно формулировать ответы на поставленные вопросы, располагать их в определенной, логически оправданной последовательности, убедительно аргументировать. Всему этому необходимо учиться и, следовательно, всему этому необходимо учить экспертов. Возникает вопрос: как обнаружить, как отделить в заключении субъективное от объективного?

Мы полагаем, что абсолютное разделение субъективного и

объективного в заключении, выделение их в "чистом" виде невозможно. Во-первых, потому, что эти противоположности тесно переплетаются и глубоко проникают друг в друга. Как отмечал В.И. Ленин, " . . . Превратно рассматривать субъективность и объективность как некую прочную и абстрактную противоположность. Обе вполне диалектичны . . . " ¹⁾. Во-вторых, абсолютное разделение их — если представить такое — будет означать исчезновение самого заключения (познавательного образа), являющегося единством объективного и субъективного. В этой связи представляется правильным следующее высказывание Ю.Ф.Бухалова (1961): "В принципиальном материалистическом решении вопроса о соотношении объективного и субъективного в содержании нашего познания главное состоит не в том, чтобы абсолютно разграничить объективное и субъективное. Главное — в признании объективного характера, объективного содержания познания как отражения мира, который в процессе развития практики и познания мы отражаем все более полно и точно, освобождаясь от субъективно-ошибочных моментов в содержании наших знаний".

Повышение активности субъекта в процессе познания, что представляет собой усиление субъективной стороны в познавательном образе, приводит в то же время к увеличению объективного содержания научного знания (В.Ф.Кузьмин, 1971). Поэтому развитие познания есть в то же время движение от субъективного к объективному, постоянное "переливание" субъективного в объективное. "Мышление стремится стать таким субъективным, чтобы быть по своему содержанию адекватным объективному, обнаруживать свойства предмета, как они существуют вне зависимости от мышления" (П.В.Копнин, 1974).

Однако относительное разделение, т.е. выявление объективных и субъективных сторон, моментов в заключении, как уже было показано, возможно. Хотелось бы обратить внимание на следующее. Для того чтобы хотя бы в общих чертах выделить объективное и субъективное в заключении, надо выйти за пределы знаний, содержащихся в данном конкретном заключении. Так, например, субъективную сторону в заключении мы явственно осознаем тогда, когда сравниваем сходные по фабуле заключения. Чтобы выявить объективную сторону, т.е. убедиться в объективности, истинности экспертных выводов, надо обладать знанием о полноте произведенного

¹⁾ Ленин В.И. Полн.собр.соч. Изд. 5-е, т.29, с.166.

исследования, правильности исходных посылок, рассуждений и др.

Таким образом, проблема отношений субъективного и объективного в заключении смыкается с проблемой истинности экспертных выводов. Разграничение же субъективного и объективного в содержании экспертных заключений возможно лишь с помощью критерия истины — практики. "Именно практикой, имеющей достоинство не только всеобщности, но и непосредственной действительности, проверяется, какие стороны или элементы в наших идеях объективны и какие чисто субъективны, т.е. какие из них привнесены нами в идеи и какие определяются свойствами и сторонами самих объективных предметов" (Т.Павлов, 1962).

Вопрос о характере истины в судебно-медицинских заключениях будет рассмотрен в следующей главе.

ХАРАКТЕР ИСТИНЫ В ЗАКЛЮЧЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА

Выводы судебно-медицинского эксперта могут быть использованы в качестве доказательств в уголовном или гражданском процессе только в том случае, если они строго соответствуют действительному положению вещей, т.е. если они будут истинными.

Достигается ли экспертом истинное знание? Если да, то какие условия и гарантии необходимы для этого, является достигнутая истина абсолютной или относительной?

От правильного ответа на эти вопросы в определенной мере зависят и доказательственная ценность экспертных выводов, и отношение судебно-медицинских органов к экспертному заключению в целом. Однако, несмотря на практическую важность затронутых вопросов, они до сих пор не привлекали к себе достаточного внимания. В этой связи небезынтересно отметить, что в юридической науке дискутировался аналогичный вопрос — о характере истины, устанавливаемой судом. Были высказаны весьма различные мнения. Одни авторы (М.С.Строгович, 1955; А.А.Старченко, 1963; Ф.Г.Кнышев, 1965, и др.) полагали, что в процессе судебного разбирательства достигается абсолютная истина, другие (С.Голунский, 1937; В.С.Тадевосян, 1948; Л.Т.Ульянова, 1959, и др.) признавали лишь относительный характер судебной истины. По мнению Ц.М.Каз (1960), Ю.К.Осипова (1960), А.И.Трусова (1960), В.Е.Толпыкина (1969) и др., устанавливаемая судом истина является и абсолютной и относительной одновременно. Согласно четвертой точке зрения, высказанной А.Ривлиным (1951), Н.Н.Полянским (1956), О.В.Ивановым (1964) и другими авторами, к истине, отраженной в приговоре суда, понятия абсолютной и относительной истины неприемлемы. Сторонники этого взгляда признают, что суд устанавливает объективную истину, но вместе с тем полагают, что различить абсолютную и относительную истину возможно лишь в области науки (поскольку она занимается изучением закономерностей развития природы и общества) и невозможно в судебной практике.

Что же касается характера истины, устанавливаемой в процессе судебной экспертизы, то нам удалось найти лишь две работы, освещающие этот вопрос. По мнению А.А.Эйсмана (1967), "если мы хотим охарактеризовать заключение эксперта (здесь и дальше разрядка наша — И.В.) или приговор суда как суждение о конкретном факте в составе всего развивающегося человеческого знания, мы должны считать его и абсолютным и относительным одновременно". Я.С.Смусин (1970), наоборот,

считает, что "из заключений экспертизы, являющихся не более как относительной истиной, путем проверки и сопоставления с другими данными суд может получить абсолютные знания по определенному, конкретному уголовному делу".

Представляется, что концепция Я.С.Смусина ошибочна уже потому, что эксперт и суд призваны решать и решают совершенно разные вопросы. Эксперт привлекается тогда, когда для выяснения интересующих следствие и суд вопросов требуются специальные знания в науке, технике, искусстве, ремесле. Суд же призван оценить обстоятельства происшедшего события в целом, установить, имело ли место преступное деяние, когда, где и кем оно было совершено, решить вопрос об ответственности, наказании и др. Из того, что заключение эксперта наряду с другими доказательствами подлежит критической оценке судом, вовсе не вытекает, что решение (приговор) суда является более истинным, чем заключение эксперта. Практике известны случаи, когда суд принимал неверное решение, несмотря на то, что имел безукоризненно составленное заключение и, наоборот, принимал правильное решение, несмотря на ошибочные выводы эксперта (по закону заключение эксперта не является обязательным для суда). Разница между знаниями, устанавливаемыми экспертом и судом, заключена не в степени их истинности, а в их содержании. Таким образом, единого мнения по вопросу о характере истины в экспертном заключении не существует. Чтобы разобраться в сути дела, необходимо выяснить, что представляет собой диалектико-материалистическое понимание истины.

Истиной в философии называется знание, соответствующее действительности. Но поскольку почти все направления в философии (и идеалистические в том числе) принимали это определение, диалектический материализм конкретизирует понятие истины до понятия объективной истины. Под объективной истиной понимается такое содержание человеческих представлений, "которое не зависит от субъекта, не зависит ни от человека, ни от человечества..."¹⁾.

Сама по себе любая мысль, конечно же, зависит от человека, от субъекта в том смысле, что она высказана субъектом, "рождена" им. Однако не всякая высказанная субъектом мысль является истинной, ибо возможны и заблуждения. Истины, за исключением очевидных, достигаются в сложном и трудном процессе познания. Если истина достигнута, то содержание (именно содержание!) истинного знания зависит не от высказавшего его субъекта, а от той реальной действительности, которую это высказывание отражает. Например,

¹⁾ Ленин В.И. Полн.собр.соч. Изд. 5-е, т.18, с.123.

на основании произведенного исследования трупа судебно-медицинский эксперт установил, что причиной смерти явилось колото-резаное ранение сердца. Если бы исследование в данном случае производилось каким-то другим (третьим и т.д.) судебно-медицинским экспертом, это не изменило бы вывода о причине смерти. Таким образом, содержание знания, при условии достижения истины, зависит не от личности эксперта, не от субъекта, а от объекта, от его состояния и свойств. "Истина есть идеальное воспроизведение в познании первичной (по отношению к познанию) действительности так, как она существует, вне и независимо от произвола познающего субъекта, то есть человека, общественных классов и человечества" (И.С.Нарский, 1973). Истина объективна по содержанию. Вывод о смерти от колото-резаного ранения будет истинным только потому, что смерть действительно наступила именно от этой причины; в противном случае вывод окажется ложным.

Истинность мысли не связана с ее доказанностью, общепризнанностью: истинным может быть то, что на сегодняшний день еще не доказано, равно как и то, что пока еще не принято большинством людей. "То, что истинно, является истинным вообще, не может быть опровергнуто, не становится ложью даже после исчезновения тех условий, которые она отражает . . . Например, утверждение Геродота, что скифы — мужественный народ, верно, хотя нет Геродота, скифов, той эпохи, в которой они жили" (Ф.Селиванов, В.Зеленов, 1962).

Отражение объективной реальности в сознании человека может происходить с различной степенью глубины, полноты, точности. В связи с этим принято различать абсолютную и относительную истину. Термины "абсолютная истина" и "относительная истина" употребляются в двух значениях. В первом значении под абсолютной истиной понимается полное и исчерпывающее знание о мире, обо всем, что было, есть и будет существовать. В этом смысле абсолютная истина недостижима, хотя нет никаких пределов на пути движения к ней. Знание такого рода выступает как цель, к которой стремится наука в процессе своего бесконечного развития. Однако пределы познания каждого индивида и каждого поколения людей ограничены, а материальный мир неисчерпаем, поэтому полного, окончательного знания о мире не существует. Относительная истина в этом смысле — неполное знание о мире, знание, которым мы на сегодня реально обладаем.

Абсолютная истина во втором значении — это никогда не изменяемое знание чего-то. Развитие знания увеличивает запас таких истин, но ранее достигнутые абсолютные истины уже не изменяются (А.Шафф, 1963). Относительная истина в этом значении пред-

ставляет собой знание, содержащее наряду с элементами абсолютных истин и такие элементы, которые в будущем могут быть изменены, уточнены, дополнены, расширены либо даже могут оказаться в той или иной части ошибочными. Второй смысл понятий абсолютной и относительной истины является для нас более актуальным, и именно в этом значении мы их и будем дальше рассматривать.

По мере развития знания в относительных истинах накапливается все больше и больше моментов, зерен абсолютной истины. В свою очередь абсолютная истина "складывается из суммы относительных истин"¹⁾. Однако это надо понимать не буквально, не в смысле механического суммирования готовых истин; "истина — это процесс мышления, содержанием которого является движение к объективному, абсолютному" (П.В.Копнин, 1961). Например, утверждение о том, что элементы планктона при утоплении проникают в кровь и внутренние органы, истинно, поскольку оно соответствует действительности. Если окажется, что все без исключения случаи утоплений сопровождаются этими явлениями, данное утверждение будет абсолютной истиной. Если же элементы планктона не всегда попадают в организм при утоплении, а только в какой-то части случаев, тогда высказанное утверждение будет представлять собой истину относительную, справедливую лишь в определенных пределах, лишь для некоторой части утоплений. Но как только мы будем точно знать, при каких конкретных условиях, при каких формах утопления элементы планктона проникают в организм, и как только мы таким образом сформулируем наше знание, что оно будет точно отражать действительное положение вещей, наше знание из относительной истины превратится в абсолютную. Таким образом, абсолютная истина от относительной может отличаться тем, что она сохраняет свое значение для всех без исключения случаев, входящих в рассматриваемый круг явлений, а относительная истина распространяется лишь на некоторую часть рассматриваемых случаев, она действительна лишь в определенных пределах, при определенных условиях, в определенном отношении. "Уточнение знания есть уточнение сферы, в которой определенное положение является абсолютной истиной" (В.Н.Сагатовский, 1968). Различие между абсолютной и относительной истиной может проявляться также в степени полноты и точности достигнутого знания, что будет рассмотрено далее.

Для правильного понимания характера абсолютной и отно-

¹⁾ Ленин В.И. Полн.собр.соч. Изд. 5-е, т.18, с.137.

сительной истины необходимо уяснить, что между ними нет непреходимой грани. Любая истина в разных отношениях, в разной сфере действия выступает и как абсолютная и как относительная. Очень четко эта мысль выражена Н.Г.Ицковичем (1968): "Нужно отдавать себе ясный отчет в том, что нельзя познавать отдельно относительную и отдельно абсолютную истину, и мы нигде и никогда, ни при каких условиях не познаем отдельно относительную и отдельно абсолютную истину. Через относительные истины и в меру познания относительных истин мы познаем и истину абсолютную. Познание относительной и абсолютной истины всегда и везде протекает одновременно, в одном и том же процессе".

То же относится и к экспертному заключению. Выводы эксперта всегда отражают определенную часть реальной действительности. Это отражение может быть верным, т.е. адекватным действительности, или же неверным, не соответствующим реальному положению вещей. В первом случае экспертные выводы будут представлять собой истину, во втором — заблуждение. Достигнутая истина будет объективной, ибо содержание экспертного вывода (в случае его истинности) зависит не от эксперта, а от исследуемого объекта.

Как уже было сказано, любая истина является в одном отношении абсолютной, в другом — относительной. Например, вывод о наличии крови на вещественном доказательстве будет истиной, если на вещественном доказательстве действительно имеется кровь. Безусловно, сам по себе такой вывод эксперта еще не дает нам полного и исчерпывающего знания об объекте исследования: о происхождении этой крови, ее видовой, групповой принадлежности, давности кровяного пятна и др. Если рассматривать данный экспертный вывод с точки зрения полноты содержащихся в нем сведений, то он оказывается истиной неполной, относительной. Полученное знание о крови в процессе дальнейшего исследования может быть значительно расширено, дополнено. Если рассматривать этот вывод как констатацию определенного, пусть частного, но очень важного для расследования дела факта, и с точки зрения его соответствия действительности, его постоянства, неизменяемости, "вечности", перед нами предстанет абсолютно истинное знание, которое не может быть "отменено" в будущем. В принципе такой же характер носят экспертные выводы о видовой, групповой принадлежности крови, о степени тяжести телесных повреждений, об орудии травмы, о новорожденности, доношенности, живо- или мертворожденности и многие другие.

Выводы о причине смерти излагают обычно в одной из двух форм: краткой, когда указывают лишь основную причину смерти, и развернутой, когда, кроме основной причины смерти, отражают и важнейшие этапы танатогенеза.

Возьмем, например, такой экспертный вывод: "Смерть гр-на К. наступила от инфаркта миокарда". Допустим при этом, что причиной смерти был действительно инфаркт миокарда. Тогда вывод эксперта истинен, он никогда не будет опровергнут. Следовательно, с точки зрения констатации факта этот вывод будет представлять собой абсолютную истину. Вместе с тем рассматриваемый экспертный вывод не содержит полного знания о причине смерти гр-на К.: он не раскрывает причин, приведших к инфаркту, не объясняет, почему инфаркт произошел именно в данный момент, а не раньше или позже, не освещает особенности танатогенеза у данного больного и др. Тот же экспертный вывод, но рассматриваемый с других позиций, предстает перед нами как далеко не полное, далеко не исчерпывающее знание, как знание относительное, которое в принципе может быть дополнено, усовершенствовано, уточнено. С точки зрения полноты содержащихся в нем знаний данный вывод эксперта будет являться относительной истиной.

В практической деятельности для решения задач, стоящих перед органами следствия, эксперту при определении причины смерти нередко бывает достаточно установить только так называемую основную причину: "повешение", "утопление", "огнестрельное ранение", "поражение электротоком", "инфаркт миокарда" и др. Поэтому экспертный вывод типа: "Смерть гр-на А. наступила от повешения (утопления, инфаркта миокарда и др.)" как соответствующий действительности и в ряде случаев достаточный для практических целей, мы можем считать абсолютной истиной, отвлекаясь при этом от того, что тот же самый вывод, но взятый в другом отношении, в отношении полноты отражения действительности, является истиной относительной. По существу о том же пишет И.С.Нарский (1973), касаясь особенностей судебной истины: "Данное единичное утверждение может быть приблизительным и не вполне точным с точки зрения абсолютной полноты знания о фактах и содержания каждого отдельного факта, но оно вполне может содержать в себе именно то, что необходимо для принятия определенного и верного с точки зрения структур права и интересов соответствующего праву судебного решения. Таким образом должно проводиться различие между абсолютной полнотой знания о фактах и абсолютно истинной констатацией юридически значимых, необходимых и достаточных фактов. Эта констатация относительно истинна на метауровне гносеологических оценок, но она же абсолютно истинна с точки зрения практических требований к судебным оценкам на метаметауровне".

Вместе с тем в реальной жизни от судебно-медицинского эксперта часто требуется не только установить основную причину смерти, но и раскрыть более сложные (и поэтому менее изученные)

явления, процессы. Нередко, например, в заключении приходится раскрывать патогенез заболевания, генез смерти и др. В кратком экспертном заключении не могут найти отражения все особенности патогенеза или танатогенеза: в нем обычно отмечаются лишь основные этапы, звенья. Не совсем точно могут быть оценены экспертом и удельный вес, значение каждого фактора, каждого патологического процесса в общей цепи патогенеза. Безусловно, дальнейшее развитие науки приведет к уточнению, к изменению некоторых взглядов на сущность этих процессов. Экспертные выводы по таким вопросам лишь в общем, лишь относительно верно отражают действительность.

В качестве примера рассмотрим некоторые рекомендованные формулировки экспертных выводов о причине смерти.

а) "Смерть гр-на В. последовала от острого расстройства кровообращения в коронарных сосудах сердца вследствие тромбоза левой и правой венечных артерий сердца" (М.И.Авдеев, 1953).

б) "Смерть гр-на И., 49 лет, ненасильственная и наступила вследствие инфаркта (очагового омертвения) передней стенки левого желудочка сердца, развившегося в результате общего атеросклероза с поражением коронарных артерий сердца и сужением просвета их" (М.И.Касьянов, 1956).

в) "Смерть гр-на Н., 62 лет, наступила от острой сердечно-сосудистой недостаточности, развившейся вследствие частичного омертвения сердечной мышцы (инфаркта) в области передней стенки левого желудочка. Инфаркт явился результатом закупорки просвета левой венечной артерии свертком крови (тромбоз артерии) на почве выраженного общего атеросклероза, которым страдал покойный" (А.П.Загрядская и соавт., 1974).

Нетрудно видеть, что во всех приведенных примерах изложение экспертом танатогенеза значительно упрощает действительность. Эксперты, как правило, не могут, а поэтому и не пытаются объяснить, почему тромбоз наступил именно в данный момент, почему поражение венечных артерий привело к инфаркту именно в этот момент, а не раньше или позже. Из описания выпадают отдельные этапы танатогенеза (например, острая сердечно-сосудистая недостаточность в первом и втором примерах). Экспертные выводы в приведенных примерах, рассматриваемые с точки зрения полноты охвата действительности, представляют собой относительную истину. Но в этих относительно истинных выводах содержатся элементы, "зерна" абсолютно истинного знания (положения о тромбозе венечных артерий, инфаркте миокарда и др.), которые никогда не будут опровергнуты. Абсолютно истинного знания в таких выводах может оказаться даже больше, чем в кратком абсолютно истинном

выводе о смерти от инфаркта миокарда.

Экспертные выводы о времени, сроках, давности наступления каких-то процессов, явлений (давность наступления смерти, время нанесения телесных повреждений и др.) обычно формулируются с различной степенью точности. Возьмем, например, несколько рекомендуемых формулировок выводов о давности наступления смерти:

"... с момента смерти гр-на Д. до момента исследования прошло не менее 1–2 ч и не более 12–15 ч ..."; "... смерть гр-на Ф. наступила не менее 12–15 ч и не более 28–36 ч до момента исследования ..."; "... смерть гр-на А. наступила не ранее 28–36 ч и не более 2–3 сут до момента исследования..." (Л.М.Бедрин, А.С.Литвак, 1974).

Из приведенных примеров видно, что временной интервал, в котором эксперты определяют давность наступления смерти, довольно значителен. Если в действительности смерть наступила в указанном экспертом промежутке времени, то его вывод истинен, в противном случае — ложен. Однако точность подобных выводов невелика. Нередко случается, что такой в общем истинный экспертный вывод в дальнейшем уточняется следственным путем. Допустим, по заключению эксперта смерть наступила за 10–15 ч до осмотра трупа на месте происшествия, т.е. между 4 и 9 ч утра. Этот вывод с точки зрения соответствия действительности будет абсолютной истиной, если смерть на самом деле наступила в указанном промежутке времени. Но тот же самый вывод в смысле его точности является истиной относительной, которая в дальнейшем может уточняться и все более приближаться к абсолютной истине. Например, на основании показаний свидетелей, обвиняемого и других данных может быть установлено, что смерть наступила в 8 ч утра.

Выводы о количественном содержании каких-то веществ в объекте представляют собой в одном отношении абсолютную истину, в другом — относительную. Рассмотрим, например, заключение эксперта-химика о том, что в исследуемом объекте (навеска крови трупа) "обнаружен этиловый алкоголь в количестве 3‰". В этом заключении фактически содержатся сразу два вывода, отношение которых к истине неодинаково. Вывод об обнаружении (наличии) этилового алкоголя в крови при условии, что там действительно имеется этиловый алкоголь, является абсолютной истиной, — он не может быть ни опровергнут, ни уточнен. Второй же вывод о количественном содержании алкоголя пока представляет собой лишь относительную истину. Мы знаем, что обнаруживаемая в образце крови концентрация алкоголя зависит не только от действительного содержания алкоголя в крови, но и от применяемой методики иссле-

дования. При исследовании одного и того же образца различными методами, принятыми в судебной химии, получают разные цифры содержания алкоголя даже в том случае, если исключить возможные потери при взятии, транспортировке, хранении объекта, которые на практике также влияют на результат исследования. Таким образом, вывод о концентрации алкоголя в крови лишь приблизительно верно отражает действительное положение дел и поэтому является относительной истиной. Дальнейшее развитие судебной химии приведет к появлению более точных методик исследования, и экспертные выводы, основанные на их результатах, будут все больше приближаться к абсолютной истине.

Истинными могут быть даже выводы, на первый взгляд противоречащие друг другу. Допустим, эксперт, произведя необходимые исследования на наличие крови на вещественном доказательстве, получил отрицательный результат. При этом эксперт вправе сделать только один вывод о том, что на вещественном доказательстве крови не обнаружено. Однако отрицательный результат исследования может быть обусловлен не только отсутствием крови, но и глубоким разрушением гемоглобина, а также погрешностями самого исследования (например, исследование не того участка, некачественные реактивы и т.д.). Поэтому сама возможность присутствия крови на вещественном доказательстве заключением эксперта никоим образом не отвергается. Не исключено, что повторное исследование этого же вещественного доказательства другим (а иногда и тем же самым) экспертом может привести к обнаружению крови. И заключение будет гласить, что на вещественном доказательстве найдена кровь.

Оба вывода, несмотря на их противоречивое содержание, являются истинными. Для того чтобы понять, почему это происходит, надо разобраться в характере информации, содержащейся в этих выводах. Второй вывод содержит информацию не только о результатах исследования, но и об объекте познания, свидетельствуя о наличии на нем крови. В первом же выводе информации об объекте нет (мы так и не знаем, имеется или не имеется кровь на вещественном доказательстве), вывод представляет собой суждение не об объекте, а об отрицательных результатах познавательной деятельности субъекта. И в этом смысле вывод является истинным. Противоречие между выводами допустимое, ибо оно отражает результаты двух исследований, проведенных в разное время, в разной обстановке и с неодинаковым успехом¹⁾. К сожалению, в экспертной

¹⁾ Рассматривая этот пример, автор вовсе не считает нормальным поло-

практике встречаются случаи, когда даже в рамках одного и того же исследования эксперт приходит к двум противоречащим выводам, например в мазке из влагалища сперматозоиды: а) обнаружены, б) не обнаружены, чего, конечно, быть не должно (А.С.Гаркави, 1969).

Таким образом, мы видим, что выводы эксперта могут быть (и чаще всего бывают) объективно истинными, т.е. соответствующими реальной действительности. Каждый такой вывод в одном отношении представляет собой абсолютную, в другом — относительную истину. Но в обыденной жизни мы нередко отвлекаемся от того, что любое высказывание можно рассматривать с разных точек зрения, и обращаем внимание лишь на ту сторону высказывания, которая имеет для нас главное, существенное значение. При этом мы — в известной мере искусственно — не учитываем другие стороны этого высказывания, не столь существенные для нас в данном случае. Тогда высказывание — при условии его истинности — будет представлять собой либо абсолютную, либо относительную истину. Например, экспертный вывод о том, что смерть наступила от инфаркта миокарда (в случае, если это действительно так) является абсолютной истиной, он никогда не будет опровергнут. Вывод же о давности наступления смерти, который в принципе может быть в дальнейшем уточнен, является истиной относительной.

Что будут представлять собой полученные знания — абсолютную или относительную истину — зависит как от познаваемого объекта, так и от познающего субъекта. "Есть объекты, которые в силу своей элементарности, неизменности могут отражаться либо правильно, либо неправильно, но которые не могут отражаться более или менее истинно" (Н.С.Усманов, 1973). При исследовании таких сравнительно простых объектов, явлений может быть достигнута абсолютная истина. Зависимость от субъекта определяется целью познания. Если для решения конкретных практических задач достаточно выяснить сравнительно простые связи, свойства, отношения объектов (например, необходимо установить только основную причину смерти), то экспертный вывод может быть абсолютно истинным.

Но жизнь, потребности практики требуют от судебно-медицинского эксперта, как, впрочем, и от любого специалиста, разрешения не только таких проблем, где возможны абсолютно точные, полные и исчерпывающие ответы, носящие характер абсолютных

жение, когда первичная экспертиза оказывается мало- или совсем не эффективной. Но в данном случае речь идет о другом — при отрицательном результате исследования вывод об этом будет истинным и единственно правомерным.

истин. По справедливому замечанию Ф.Энгельса, человек, который "погонится за окончательными истинами в последней инстанции, за подлинными, вообще неизменными истинами, тот немногим поживится . . .¹⁾".

Сплошь и рядом эксперту поручается разрешение таких вопросов, где наши знания еще либо очень несовершенны, либо вообще недостаточны для того, чтобы удовлетворить запросы практики. По многим проблемам наукой накоплен определенный запас знаний, но эти знания не являются исчерпывающими, абсолютно и до конца точными. Они выражают в целом не более как относительную истину. Сюда относятся наши знания о патогенезе (а иногда и этиологии) заболеваний, о диагностике и лечении, прогнозе, о механизме наступления смерти (танатогенез), механизме травмы и многие другие.

Относительная истина может содержать в себе элементы заблуждения. Например, длительное время считалось, что наличие копоти вокруг входного отверстия есть признак того, что выстрел произведен с близкого расстояния. Однако в дальнейшем выяснилось, что при определенных условиях возможно отложение копоти вокруг входного отверстия и при выстрелах с неблизкого расстояния (феномен Виноградова). Едва ли следует сомневаться, что до открытия этого явления, до изучения условий, при которых он возникает, до изучения особенностей отложения копоти при этих условиях эксперты в отдельных случаях допускали ошибки в определении расстояния выстрела.

В последнем примере наглядно проявляется и еще одна интересная особенность взаимоотношения абсолютной и относительной истины в экспертных заключениях. Речь идет о том, что далеко не всякий экспертный вывод мы можем уверенно отнести к абсолютной или относительной истине. То, что казалось абсолютной истиной, в действительности может представлять собой истину относительную, содержащую известную долю заблуждения. Происходит это потому, что "на данной стадии выделить элементы субъективного заблуждения из объективной истины мы еще не можем. Но это может быть достигнуто на последующей стадии развития познания благодаря прогрессу практики, которая является источником развития познания и одновременно критерием его истинности" (М.Н.Руткевич, 1970).

Рассматривая вопрос об истине, нельзя не упомянуть и о принципе конкретности истины. Этот принцип гласит, что абстрактной

¹⁾ Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Изд. 2-е, т.20, с.90.

истины нет, истина всегда конкретна. Поэтому говорить об истинности или ложности какого-то высказывания можно только с учетом тех конкретных условий, к которым это высказывание относится. Например, суждение "охлаждение тела является признаком наступления смерти", взятое само по себе, не является ни истинным, ни ложным. Если речь идет о падении температуры тела ниже $20-25^{\circ}\text{C}$ (исключая применение искусственной гипотермии), высказывание истинно. Если же речь идет о действии низкой температуры на организм, о состоянии некоторого переохлаждения, данное суждение окажется ложным.

В тех случаях, когда наука еще не располагает достаточными знаниями для разрешения стоящих перед экспертной практикой проблем, эксперты вынуждены отказываться от ответов на поставленные вопросы, хотя нет сомнения, что в будущем таких нерешенных вопросов будет оставаться все меньше. Наглядной иллюстрацией этого положения может служить судебно-медицинская экспертиза по известному делу Сухово-Кобылина, обвинявшегося в убийстве француженки Луизы Симон Деманш в ноябре 1850 г. Экспертное заключение гласило: "... что же касается вопросов: человеческая ли кровь на кусках дерева или нет, и к какому именно времени должно отнести появление кровавых пятен на штукатурке, то решение этих вопросов лежит вне границ, заключающих современные средства науки" (В.Гроссман, 1936). Прошло 50 лет и была открыта реакция преципитации, позволившая определять видовую принадлежность крови. Несколько позднее были обнаружены групповые, а затем и типовые различия человеческой крови. В настоящее время мы уже располагаем знаниями о наличии в крови человека целого ряда эритроцитарных, сывороточных и ферментных систем. Эти знания позволяют надеяться, что в будущем возможна индивидуальная идентификация крови. Однако, несмотря на огромный прогресс гематологии, мы все еще чрезвычайно далеки от того, чтобы считать, будто мы знаем все свойства крови.

Из того, что в процессе экспертного исследования может быть достигнута объективная истина, еще не следует, что она обязательно достигается всегда и во всех случаях. Существует и другая возможность — неполучение истинного знания. В одних случаях эксперт осознает, что не достиг истины и в заключении отмечает, что в связи с теми или иными обстоятельствами решить поставленный вопрос не представляется возможным. В других случаях эксперт не осознает своего заблуждения. Ошибочный вывод по внешней форме может ничем не отличаться от вывода истинного. В связи с этим важное значение приобретает вопрос о критерии истинности выводов судебно-медицинского эксперта.

ПРАКТИКА КАК КРИТЕРИЙ ИСТИННОСТИ ВЫВОДОВ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА

Составляя заключение, судебно-медицинский эксперт должен быть уверен, что его выводы являются истинными и правильно отражают действительное положение вещей. Без такой уверенности экспертная деятельность была бы невозможной, а сами экспертные выводы не могли бы играть роль доказательств в уголовном или гражданском процессе. Но субъективное убеждение эксперта в своей правоте еще не решает дела, так как возможно добросовестное заблуждение, когда эксперт приходит к ошибочным выводам, не сомневаясь при этом в их истинности. Следовательно, необходимо определить условия, при которых выводы эксперта были бы объективно истинными.

Как известно, критерием истинности знаний является практика. Под практикой в философии диалектического материализма понимается материальная целеполагающая (т.е. ставящая перед собой определенные цели) деятельность общества, -деятельность людей, в процессе которой изменяется окружающий нас материальный мир. Практике (или практической деятельности) противостоит теория¹⁾, или познавательная, теоретико-познавательная, теоретическая деятельность людей. Различие между практикой и теорией заключено в том, что "в практической деятельности человек изменяет природу, а в познании изменяется не природа, а лишь знание о природе" (Н.И.Сычев, 1975).

К какой из двух названных форм деятельности относится работа судебно-медицинского эксперта? При решении этого вопроса необходимо учитывать те конкретные отношения, в которых осуществляется судебная экспертиза.

Борьба общества с правонарушениями в целом во всех ее формах и проявлениях есть практическая деятельность. В комплекс организационных форм, созданных для этой борьбы, входит и институт судебной экспертизы и, в частности, вся система учреждений судебно-медицинской экспертизы. Но в уголовном или гражданском процессе судебный эксперт выполняет специфическую — п о-

¹⁾ Термин "теория" имеет несколько значений. В данном случае он употреблен как синоним теоретической или теоретико-познавательной деятельности человека.

знавательную — функцию. Эксперт непосредственно не наказывает и не перевоспитывает правонарушителя, не следит за соблюдением законов, не устраняет последствия правонарушений. Задача эксперта как лица, обладающего специальными познаниями, — разобраться, разрешить поставленные перед ним вопросы. Практическая реализация экспертных выводов — дело органов правосудия, но не эксперта. Поэтому по той роли, которую выполняет эксперт в уголовном или гражданском процессе, его деятельность в целом является познавательной.

П.В.Копнин (1974) выделяет два вида познания: познание для себя и познание для других, для общества. Познание для себя (индивидуальное познание) — это обучение, учеба. Познание для других — это научное исследование, нацеленное на получение знаний, новых не только для исследователя, но и для всего общества в целом.

Познание, осуществляемое судебно-медицинским экспертом при проведении экспертиз, отличается от названных видов и занимает некоторое промежуточное между ними положение. Безусловно, эксперт познает не для себя. Но, с другой стороны, эксперт, как правило, не совершает и принципиально новых открытий, не выходит за рамки уже известных науке закономерностей¹⁾. Наоборот, именно используя знание этих закономерностей, эксперт устанавливает, подтверждает либо исключает те или иные конкретные факты, имеющие значение по делу. Если же вопрос, который требуется выяснить в процессе экспертизы, наукой еще не разрешен, эксперт чаще всего не в состоянии дать на него определенный ответ. Лишь в сравнительно редких случаях, встретившись с новым, неизвестным ранее явлением, эксперт проявляет определенную инициативу, находит возможность провести эксперименты, устанавливает неизвестные прежде закономерности, позволяющие разрешить поставленный вопрос. При этом эксперт как бы выходит за рамки собственно экспертной деятельности и становится исследователем, становится не только "представителем науки", каким он выступает в процессе, но по существу и настоящим научным работником. Повторяем,

¹⁾ Мы полагаем, что это относится не только к судебно-медицинскому эксперту, но и к работникам ряда других сфер человеческой деятельности. В частности, такими же чертами характеризуется клиническая диагностика: "В отличие от научно-теоретического познания диагностика не открывает новых законов, не устанавливает новых способов объяснения явлений, а распознает уже установленные, известные науке заболевания. Это не познание нового, а распознавание, установление "старого" (К.Е.Тарасов, 1965).

однако, что такая трансформация эксперта происходит не часто, и в подавляющем большинстве случаев эксперт выполняет свою специфическую познавательную функцию, не переступая границы известного в науке.

Если попытаться глубже вникнуть в сущность экспертной работы, то окажется, что она включает как познавательную, так и практическую деятельность. Именно так рассматривает деятельность в области науки М.Н.Руткевич (1970): "Когда физик или химик ставит в лаборатории опыт — это деятельность практическая, но когда он же, обрабатывая материалы наблюдений и экспериментов, с помощью мышления ищет пути объяснения новых явлений природы — это уже деятельность не практическая, а теоретическая, которая необходима для практики, но сама по себе есть практика".

Анализируемая нами деятельность судебно-медицинского эксперта в этом плане ничем принципиально не отличается от деятельности упомянутых ученых. Непосредственное исследование трупа, вещественных доказательств, освидетельствование живого лица, представляющее собой процесс материального взаимодействия субъекта с объектом, есть деятельность практическая. Когда же эксперт на основании изучения полученных при исследовании данных приходит к определенным выводам — это теоретическая деятельность. Иные отношения складываются при проведении судебно-медицинской экспертизы по материалам дела. Здесь деятельность экспертов носит чисто теоретический характер, ибо непосредственного контакта с материальным объектом экспертного исследования не происходит. Источником знаний служит практическая деятельность других лиц, результаты которой зафиксированы в имеющихся документах.

В реальном процессе экспертного познания эти два вида деятельности судебно-медицинского эксперта (практическая и теоретическая) не обязательно разделены во времени. Нередко они могут совершаться по существу одновременно. Например, при исследовании трупа эксперт обнаруживает самопроизвольный разрыв сердца, свежий инфаркт в стадии миомаляции, тромбоз соответствующей ветви венечной артерии, выраженный атеросклероз, коронаросклероз. Вывод о причине смерти ясен, и он может быть сформулирован в сознании эксперта еще до завершения вскрытия. Эксперт продолжает исследовать остальные органы, доводит вскрытие до конца, и в это же время в его сознании уже созрела формулировка заключения, которую он тут же может записать или продиктовать. В другом случае, когда эксперт-биолог при исследовании подозрительного на кровь пятна видит спектр гемохромогена, в сознании его сразу же возникает вывод о наличии крови.

Несомненно также и то, что во всех более или менее сложных

случаях окончательное осмысливание полученных при исследовании данных (собственно теоретико-познавательная деятельность эксперта) происходит обычно после завершения самого процесса исследования (т.е. практической части экспертного труда). Духовный момент в практической деятельности эксперта присутствует всегда, но целиком ею не поглощается.

Было бы ошибочным представление, что между практической и теоретической деятельностью судебно-медицинского эксперта лежит пропасть. Наоборот, весь ход исследования (практика) от начала и до конца сопровождается размышлениями, рассуждениями эксперта. В соответствии с целями экспертизы, с вопросами, поставленными перед экспертом, избирается определенный план исследования. Этот план в процессе проведения экспертизы может дополняться или изменяться в зависимости от оценки уже полученных результатов. Когда исследование завершено, и эксперт приступает к формированию выводов (теоретическая деятельность), он мысленно еще раз обращается к результатам, полученным при исследовании, т.е. к практике. Таким образом, теория и практика, являясь противоположностями, не только неразрывно связаны между собой, но и проникают друг в друга. Граница между практикой и теорией в этом случае подвижна, относительна.

Рассмотрим теперь формы, в которых практика выступает в качестве критерия истинности экспертных выводов.

Одну из таких форм представляет собой проверка экспертного заключения другими доказательствами по уголовному или гражданскому делу. Известно, что заключение судебно-медицинского эксперта не является единственным доказательством в уголовном или гражданском процессе. Практическая деятельность следователя и суда обеспечивает получение доказательств и из других источников. Сведения об интересующем их событии следователь и суд получают из показаний свидетелей, потерпевших, обвиняемых, путем изучения обстановки на месте происшествия, проведением экспериментов и др. Эти сведения уже сами по себе могут обладать достаточной полнотой и убедительностью, позволяющей воссоздать достоверную картину происшествия. "Единственным объективным критерием истины в судебном исследовании является практика. Специфической формой практической проверки знаний в уголовном процессе выступает сопоставление достигнутых результатов с достоверно установленными объективными фактами и ранее накопленными научными и опытными обобщениями" (А.А.Старченко, 1963).

Таким образом, практическая деятельность органов суда и следствия дает возможность обнаружить доказательства, с помощью которых можно оценить истинность экспертных выводов. Но здесь

необходимо сделать два замечания. Во-первых, сведения, получаемые органами следствия из других источников, иногда могут оказаться неполными либо даже неверными (например, при отсутствии свидетелей или даже ими ложных показаний, а также при добросовестном заблуждении свидетеля, отсутствии явных следов на месте происшествия и др.). В таких случаях оценить экспертное заключение с помощью других данных становится невозможным, что служит одним из проявлений относительности критерия практики. Во-вторых, и это для нас особенно важно, указанный способ проверки истинности экспертных выводов приемлем и даже необходим для суда и следователя¹⁾, но недопустим для самого эксперта. Действительно, если бы, например, судебно-медицинский эксперт свой вывод о направлении выстрела или механизме травмы, причине смерти, видовой либо групповой принадлежности крови и др. мог проверять (и проверял бы), используя только материалы следствия, его заключение перестало бы быть самостоятельным доказательством, и вообще потеряло бы всякое доказательственное значение.

Однако практика позволяет эксперту убедиться в истинности его выводов и без обращения к данным следствия. Возможна непосредственная (прямая) и опосредованная (косвенная) проверка истинности экспертного заключения. В ряде случаев уже в процессе исследования объекта устанавливаются бесспорные, не вызывающие сомнения, данные. Например, при исследовании трупа обнаружены слепая огнестрельная рана и пуля в конце раневого канала. Вывод о том, что потерпевшему причинено пулевое ранение, не требует каких-либо сложных умозаключений, он непосредственно вытекает из данных практики. Точно также при наличии перелома здоровой кости можно говорить о механическом воздействии, при наличии запаха алкоголя — об употреблении спиртных напитков, при обнаружении в пятне на вещественном доказательстве хотя бы одного сперматозоида — о наличии спермы и др. Во всех этих и им подобных случаях экспертные выводы базируются непосредственно на результатах, полученных при исследовании. Здесь практика служит и источником знаний и одновременно критерием истинности выводов.

Но в подавляющем большинстве случаев само по себе исследование (практическая часть экспертного труда) еще не дает

¹⁾ Закон прямо указывает, что все доказательства, в том числе и заключение эксперта, должны быть оценены судом, представителем следствия и дозна- ния по их внутреннему убеждению (ст. 71 УПК РСФСР).

готового ответа на поставленные вопросы. Так, например, обнаруженные при вскрытии морфологические изменения чаще всего сами по себе еще не говорят о причине смерти, повреждения на теле свидетельствуемого не содержит прямых указаний о степени их тяжести, характер и морфологические особенности повреждений не указывают прямо на характер действовавшего орудия, состояние трупных явлений не содержит готового ответа на вопрос о давности наступления смерти и др. Для того чтобы дать ответы на поставленные вопросы, полученные при исследовании результаты должны быть осмыслены, оценены экспертом в процессе теоретической деятельности. Только таким путем эксперт приходит к определенным выводам и формулирует их в своем заключении. При этом в принципе возможна и ошибочная оценка результатов исследования, возможны и иногда наблюдаются в действительности неверные выводы.

Следовательно, практическая деятельность эксперта при производстве отдельных конкретных экспертиз сама по себе в подавляющем большинстве случаев еще не является гарантией истинности последующих рассуждений и экспертных выводов. В ряде случаев возможна непосредственная проверка истинности экспертных выводов при помощи таких форм практики, как наблюдение и эксперимент.

Под научным наблюдением понимается организованное, целенаправленное и систематическое восприятие объекта, связанное с решением определенной теоретической задачи. Научное наблюдение предполагает проведение определенных организационных мероприятий, постоянное совершенствование используемой аппаратуры, способов наблюдения и др. В связи с этим практика систематических научных наблюдений рассматривается как "активная форма практической деятельности" (В.И.Селиванова, 1974). Интересный пример использования метода наблюдения в качестве критерия истинности выводов судебно-медицинского эксперта приводят М.А.Чельцов и Н.В.Чельцова (1954).

Гражданка А. заявила органам власти, что, уходя из дома, она оставила своего ребенка в возрасте 1 мес спящим на деревянной кушетке-топчане. Вернувшись через 2 ч, она обнаружила ребенка мертвым, находящимся в ведре с водой головой вниз (ведро всегда стояло у изголовья топчана). По заключению судебно-медицинской экспертизы, "ребенок в возрасте 1 мес передвигаться самостоятельно вперед головой без упора для ножек, а следовательно, и упасть вниз головой не мог, так как для упора ножек ничего не было". На основании этого заключения А. была осуждена за умышленное убийство. В дальнейшем по протесту Генерального прокурора СССР приговор был отменен и дело направлено на дополнительное расследование. Была назначена

новая экспертиза, в процессе которой наблюдали за грудными детьми в возрасте 1 мес. Эти наблюдения показали, что младенцы, упираясь ногами в постель, постепенно передвигались головой вперед. Таким образом была доказана ошибочность выводов предыдущей экспертизы и возможность самостоятельного падения ребенка с топчана. Уголовное дело в отношении гр-ки А. было прекращено.

Другим способом проверки истинности экспертных выводов является эксперимент, который все чаще используется при проведении экспертиз. Так, например, экспериментальным путем можно подтвердить и обосновать вывод о расстоянии выстрела, возможности причинения повреждений определенным предметом, возможном механизме травмы, возможности нанесения повреждений собственной рукой, времени пребывания трупа в определенной среде и др. Однако в целом необходимо признать, что возможности прямой проверки практикой экспертных выводов пока ограничены. В тех нередких случаях, когда для решения поставленных вопросов эксперимент или непосредственное наблюдение неприменимы, истинность экспертных выводов может быть проверена практикой опосредованно. Речь идет о всей предшествующей общественной (не только судебно-медицинской) практике. К практике относятся все материальная деятельность людей, которая в конечном счете и является источником наших знаний об окружающем мире. Материальная деятельность любого члена общества есть "элемент общественной практики" (М.Н.Руткевич, 1970).

Даже самый неопытный эксперт всегда располагает каким-то запасом, каким-то минимумом сведений из определенной области знаний. Так, врач-эксперт, не прошедший специализации по судебной медицине, имеет высшее медицинское образование, т.е. он изучал наряду с другими науками нормальную и патологическую анатомию, травматологию, акушерство, судебную медицину. Следовательно, он владеет определенным (и немалым!) запасом знаний, полученных на протяжении всей предшествующей медицинской и в том числе судебно-медицинской практики и апробированных ею.

Именно многолетняя судебно-медицинская практика привела к постепенному накоплению определенного запаса знаний, составивших содержание науки судебной медицины. Если мы знаем, например, что при смерти от утопления наблюдаются вздутые легочной плевры, жидкая кровь, и некоторые другие изменения, то этим знанием мы обязаны тому, что в процессе прошлой многолетней практики судебно-медицинских экспертиз названные признаки были вначале обнаружены и выделены как признаки утопления

а затем многократно подтверждены. Здесь практика выступает в роли источника наших знаний. Одновременно она же — критерий истины. То, что проверено практикой, истинно. Поэтому эксперт, обнаружив указанные признаки, вправе прийти к выводу о смерти от утопления, и этот его вывод будет соответствовать действительности.

В роли критерия истинности экспертных выводов выступает не только судебно-медицинская, но и общемедицинская практика. Особенно наглядно это проявляется при проведении экспертиз по так называемым врачебным делам, когда экспертам приходится разрешать вопросы о характере заболевания, правильности диагностики и лечения, возможности своевременной диагностики, спасения жизни и др. Например, если из материалов дела следует, что ранение грудной клетки сопровождалось подкожной эмфиземой, шумом движения воздуха в ране во время вдоха и выдоха, гемопневмотораксом, эксперты вправе сделать вывод о наличии проникающего ранения грудной клетки. Этот вывод будет основываться на многократно подтвержденном медицинской практикой положении, что описанные симптомы характерны именно для проникающих ранений грудной клетки.

В процессе формирования своих выводов эксперт исходит не только из медицинской или судебно-медицинской практики. Он сознательно или неосознанно использует в той или иной мере практику других наук и других областей человеческой деятельности (например, математики, физики, логики и др.). При этом особенно большое значение имеет использование законов логики. Сам процесс разрешения поставленных вопросов, процесс движения мысли от выявленных в ходе исследования изменений (особенностей, признаков) до формирования окончательных экспертных выводов, происходит по правилам и законам логики. В этих законах и правилах отражаются наиболее постоянные, наиболее устойчивые связи предметов и явлений объективного мира, выявленные и осознанные в течение многовековой практической деятельности людей: "... практика человека, миллиарды раз повторяясь, закрепляется в сознании человека фигурами логики. Фигуры эти имеют прочность предрассудка, аксиоматический характер именно (и только) в силу этого миллиардного повторения"¹⁾.

Нарушение законов логики в процессе формирования экспертного заключения может привести к неверным выводам. Для

¹⁾ Ленин В.И. Полн.собр.соч. Изд. 5-е, т.29, с.198.

иллюстрации этого положения приводим наблюдение из практики.

Гр-ну Д., 26 лет, нанесено два удара молотком по голове. Фельдшер скорой помощи Р. ничего опасного у Д. не нашел. Потерпевший был доставлен в медвытрезвитель, где осмотрен фельдшером К. При этом Д. правильно отвечал на вопросы, сам лег на койку, жалоб не предъявлял. Через несколько часов, после осмотра врачом, Д. был направлен в больницу, где вскоре умер. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены открытый вдавленный перелом черепа, обширная эпидуральная гематома. Заключение экспертов о правильности действия медицинских работников:

"1. На месте происшествия фельдшер Р. произвести хирургическую обработку раны не мог. Такие больные должны доставляться в условия хирургического стационара (подчеркнуто нами И.В.) для установления степени повреждения и хирургической обработки ран. В данном случае фельдшер Р. вследствие вполне удовлетворительного состояния больного недооценил степень нанесенных гр-ну Д. повреждений.

2. Ко времени прибытия в вытрезвитель состояние пострадавшего Д. также не вызывало опасений. Поэтому у фельдшера К. также не было оснований отправлять гр-на Д. в больницу".

Первый и второй пункты заключения противоречат друг другу. В данном примере нарушены требования логического закона исключенного третьего, согласно которому из двух противоречащих высказываний об одном и том же предмете, взятом в одно и то же время и в одном и том же отношении, одно обязательно истинно, другое ложно и третьего быть не может. Даже без специального исследования всех обстоятельств дела можно быть уверенным, что истинными являются не оба утверждения экспертов, а лишь какое-то одно из них. Основанием для такого суждения будет многовековая практическая деятельность людей, отразившая и закрепившая в нашем сознании определенные свойства вещей и явлений материального мира и позволившая сформулировать эти свойства в виде логических законов. Упомянутый закон исключенного третьего отражает в нашем сознании тот факт, что любому предмету или явлению материальной действительности какой-то признак (в данном случае "необходимость в хирургической помощи") может либо принадлежать, либо не принадлежать, но предмет не может одновременно и обладать и не обладать этим признаком.

При оценке действий медицинских работников в приведенном примере следует исходить из того, что раны головы подлежат хирургической обработке, а сами потерпевшие нуждаются в обследовании и наблюдении для исключения возможных повреждений че-

репа и внутричерепных осложнений (это тоже известно из практики лечения больных). Учитывая это, мы приходим к единственно верному выводу, что больного следовало направить в лечебное учреждение.

Критерий практики одновременно и абсолютен, и относителен. Абсолютен, потому что другого критерия нет и быть не может. К.Маркс отмечал, что судить об истинности (действительности) мышления вне практики, изолируясь от практики, есть схоластика¹⁾. Абсолютность критерия практики заключается также и в том, что он способен доказывать абсолютную истину. "Господство над природой, — писал В.И.Ленин, — проявляющее себя в практике человечества, есть результат объективно-верного отражения в голове человека явлений и процессов природы, есть доказательство того, что это отражение (в пределах того, что показывает нам практика) есть объективная, абсолютная, вечная истина"²⁾.

Критерий практики относителен, потому что на каждом определенном этапе развития человеческого общества достигнутый уровень общественной практики не в состоянии полностью подтвердить все наши представления, предположения, теории. Относительность критерия практики в судебной медицине проявляется прежде всего в том, что существует много вопросов, на которые практика сегодняшнего дня не дает удовлетворительного ответа. Например, мы пока еще не в состоянии определить расстояние выстрела при стрельбе с неблизких дистанций, во многих случаях не можем точно выяснить механизм повреждений, весьма приблизительно устанавливаем время наступления смерти и др.

Постоянное развитие практики, новые наблюдения, эксперименты приводят к совершенствованию наших знаний, к переходу гипотетических знаний в достоверные, превращению знания неполного, неконкретного в более полное, более конкретное, к отрицанию, отсеиванию ошибочных представлений. Так, например, раньше считалось, что обнаружение элементов планктона в легких свидетельствует об утоплении, и практика того времени как будто бы не противоречила этим взглядам. Однако в дальнейшем было экспериментально доказано, что в случаях пребывания трупов в воде планктон может проникать в легкие посмертно. Таким образом, практика вносит постоянные коррективы в наши знания.

¹⁾ Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Изд. 2-е, т.3, с.1-2.

²⁾ Ленин В.И. Полн.собр.соч. Изд. 5-е, т.18, с.198.

Тщательный анализ подобных случаев показывает, что положения, впоследствии оказавшиеся ошибочными, прежде признавались истинными "не потому, что они подтверждались предшествующей практикой, а потому, что они не опровергались этой практикой; точнее, объекты данных теоретических положений не входили в сферу действия практики, они, собственно, и не проверялись практикой. Те же положения, которые действительно были подтверждены предшествующей практикой, сохраняют значение объективных истин и с развитием практики, хотя могут изменяться степень и граница их истинности" (Ю.Ф.Бухалов, 1961).

Таким образом, марксистско-ленинская философия вооружает нас инструментом, способным определять истинность наших знаний. Этот инструмент — практика. Судебно-медицинский эксперт может быть уверен в истинности своих выводов, если они прямо или косвенно подтверждены практикой. В случаях, когда такое подтверждение невозможно вследствие относительности критерия практики и ограниченности наших знаний на данном этапе, эксперт не может решить поставленный вопрос и должен написать об этом в заключении.

Придя к тому или иному выводу, судебно-медицинский эксперт должен соответствующим образом сформулировать этот вывод, придав ему определенную логическую форму. Следующая глава посвящена рассмотрению основных логических форм, в которых излагаются выводы судебно-медицинского эксперта.

ОСНОВНЫЕ ЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИМ ЭКСПЕРТОМ ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ ВЫВОДОВ

По своей логической форме выводы эксперта представляют собой суждения. Поскольку выразить свой вывод как-то иначе, не в форме суждения, эксперт не может, любой экспертный вывод в конечном счете есть не что иное, как суждение.

Суждение — "форма мысли, в которой утверждается или отрицается что-либо относительно предметов и явлений, их свойств, связей и отношений и которая обладает свойством выражать либо истину, либо ложь" (Н.И.Кондаков, 1975). В каждом суждении различают с у б ъ е к т, т.е. то, что отображает предмет нашей мысли, и п р е д и к а т — то, что отображает некоторое свойство, присущее предмету мысли. Например, в суждении: "Ссадина есть легкое телесное повреждение" субъектом будет понятие "ссадина", предикатом — понятие "легкое телесное повреждение". Кроме субъекта и предиката, в суждении всегда имеется связка, которая выражает характер связи между субъектом и предикатом. В качестве связки обычно употребляются слова "есть" ("не есть"), "является", "находится", "состоит" и др.

Субъект и предикат обозначаются соответственно латинскими буквами S и P. Если соединить эти символы связкой, мы получим общую формулу суждения: "S есть (не есть) P".

Существует много различных видов суждений, символические формулы которых несколько отличаются от приведенной. Каждый определенный вид суждения отражает, с одной стороны, определенный характер объективно существующей связи между субъектом и предикатом суждения, с другой — то знание (или тот уровень знания) о субъекте, предикате и характере связи между ними, которыми обладает эксперт. В связи с этим выбор конкретного вида суждения для изложения того или иного экспертного вывода не должен быть случайным. Правильный выбор нужного, подходящего в данном случае вида суждения имеет большое значение при формировании экспертных выводов и составлении заключения.

Рассмотрим некоторые виды суждений, используемые в судебно-медицинской практике для формирования экспертных выводов.

В тех случаях, когда эксперт устанавливает, что какое-то событие, связь или отношение имеет место в действительности, он

придает своему выводу форму утвердительного суждения действительности. Например: "Смерть гр-на Н. наступила от огнестрельного ранения головы", "С момента смерти прошло примерно 5—7 дней", "Младенец был жизнеспособным", "Повреждения относятся к категории тяжких", "Ранение причинено данным конкретным ножом", "Кровь на вещественном доказательстве принадлежит человеку" и др. Короче говоря, общая логическая формула подобных суждений: "S есть P".

Если установлено, что интересующее нас событие (связь или отношение) не имело места в действительности, а вопрос о возможности или невозможности данного события не ставится, эксперт облекает ответ в форму отрицательного суждения действительности. Например: "Необходимая медицинская помощь больному не была оказана", "Повреждение не было безусловно смертельным", "Смерть гр-на П. не находится в причинной связи с нанесенным ему повреждением" и др. Логическая формула таких суждений: "S не есть P".

В некоторых случаях вывод эксперта об отсутствии связи между предметом мысли и некоторым свойством выражается не отрицательным суждением, а утвердительным: "S есть не P". Например: "Младенец был недоношенным", вместо "Младенец не был доношенным"; "Ребенок родился нежизнеспособным", вместо "Ребенок не родился жизнеспособным"; "Лечение гр-на Б. было неправильным", вместо "Лечение гр-на Б. не было правильным" и др. Смысл вывода при этом не меняется.

Кроме суждений действительности, второй частой формой ответов эксперта являются суждения возможности, логическая формула которых: "S может (могла) быть P". Суждения возможности употребляются в тех случаях, когда о каком-то событии, связи или отношении, которые нас интересуют, известно, что они вообще возможны, но в данном случае либо заведомо не наступили, либо мы не располагаем сведениями о том, наступили они или нет. Анализ показывает, что в заключениях судебно-медицинских экспертов суждения возможности используются по крайней мере в трех различных ситуациях:

а) для того, чтобы выразить убеждение эксперта в том, что некое событие могло произойти, хотя в действительности в силу сложившихся обстоятельств оно не имело места. Например: "Данное повреждение, как опасное для жизни, могло закончиться смертельным исходом" (в действительности потерпевший остался жив);

б) для того, чтобы выразить убеждение эксперта в том, что некое событие или некая связь между событиями могли иметь место,

хотя в данном конкретном случае неизвестно, произошло ли это событие или имелась ли указанная связь в действительности. Например: "От полученной травмы — удара по голове — потерпевший мог на некоторое время потерять сознание" (в данном случае эксперту неизвестно, была ли действительно потеря сознания); "Перелом ребра мог произойти от удара кулаком по грудной клетке" (эксперт не утверждает, что перелом возник от удара кулаком, он допускает возможность иного происхождения перелома, но вместе с тем выражает твердое убеждение в том, что удар кулака в принципе может вызвать перелом ребра);

в) для того, чтобы отразить не действительную уверенность эксперта в том, что некое событие могло иметь место, а лишь отсутствие у него, т.е. необнаружение им данных, исключающих указанную возможность. Например: "С полученной травмой — проникающим колото-резаным ранением сердца — потерпевший мог пройти 200 м". Но у эксперта нет и не может быть абсолютной уверенности, что именно этот потерпевший мог (был в состоянии) после травмы пройти такое расстояние. Ведь реакция на травму бывает разной и не исключено, что именно в этом конкретном случае потерпевший был не в состоянии, т.е. фактически не мог самостоятельно преодолеть определенную дистанцию. Таким образом, экспертный вывод в подобной формулировке может оказаться не соответствующим действительному положению вещей, т.е. неверным.

Представляется, что правильной была бы примерно такая формулировка: "Не исключено, что с полученной травмой потерпевший прошел (или мог пройти) 200 м". Суждение такого типа условно назовем неисключающим. Его формула: "Не исключено, что S есть (может быть) P".

При исследовании механических повреждений эксперт в одних случаях точно устанавливает конкретный экземпляр орудия, которым причинено повреждение, в других — исключает возможность применения данного орудия, в третьих — не может исключить возможность нанесения повреждений каким-то конкретным экземпляром орудия. В последних случаях эксперты нередко пишут: "Данное повреждение могло быть причинено орудием, представленным на экспертизу". На первый взгляд кажется, что вывод эксперта соответствует результатам исследования, но это не так. Если через некоторое время следователь представит эксперту второй (третий, четвертый и др.) экземпляр этого вида орудия, то эксперт опять ответит, что повреждение могло быть причинено каждым из представленных предметов. Между тем ясно, что в действительности повреждение было нанесено лишь каким-то одним предметом, поэтому все остальные орудия отношения к повреждению не имеют и не

могут иметь. Поэтому вывод эксперта о возможности нанесения повреждений по существу несколькими разными предметами не соответствует действительному положению дел, на что в нашей литературе уже обращалось внимание (М.И.Райский, 1953).

Почему это происходит? Ошибка заключается в том, что эксперты неправильно формулируют свой вывод, утверждая возможность нанесения ранений определенным экземпляром орудия, поскольку в действительности у них нет оснований для такого утверждения. Результаты исследования лишь не позволяют эксперту исключить применение того или иного экземпляра из представленных ему орудий. Ответ эксперта должен отражать полученный результат, поэтому в таких случаях будет правильной формулировка: "Не исключено, что S есть (может быть) P". Например: "Не исключено, что повреждение было (могло быть) причинено данным экземпляром орудия".

В случае совпадения группы и типа крови обвиняемого (подозреваемого, потерпевшего) с группой и типом крови на вещественном доказательстве применяется следующая формулировка экспертного вывода: "Кровь на вещественном доказательстве могла принадлежать гр-ну П., равно как и любому другому лицу с такой же групповой и типовой характеристикой" (М.А.Бронникова, А.С.Гаркави, 1963). По-видимому, и в этом случае применение суждения возможности является неудачным. Если кровь на вещественном доказательстве действительно является кровью гр-на П., то она не может принадлежать любым другим лицам. И наоборот, если это кровь какого-то другого лица, то неверно утверждение, что она могла принадлежать гр-ну П.

Экспертный вывод в приведенной формулировке выражает не столько уверенность эксперта в том, что кровь действительно могла принадлежать определенному лицу, сколько то, что на сегодняшний день эксперт не в состоянии исключить принадлежность крови этому лицу. Если бы представилась возможность провести более глубокое исследование крови по другим эритроцитарным, сывороточным или ферментным системам, то вполне могло бы оказаться, что кровь на вещественном доказательстве не идентична крови гр-на П. (и, возможно, ряда других лиц), а потому не может принадлежать им.

Таким образом, экспертиза группы и типа крови в определенном случае не позволила исключить возможность происхождения ее от отдельных лиц. Исследование других характеристик крови обычно позволяет еще больше расширить круг исключенных лиц. В результате в данном случае формулировка: "Не исключено, что кровь на вещественном доказательстве принадлежит гр-ну П." пред-

ставляется нам наиболее удачной, наиболее адекватно отражающей действительное положение вещей.

Любопытно отметить, что в аналогичной по существу ситуации, а именно при экспертизе спорного отцовства или спорного материнства, формулировка типа: "Отцом ребенка мог быть гр-н Д., как и всякий другой мужчина с такой же (и не только такой — И.В.) групповой и типовой характеристикой крови" не рекомендуются. Совершенно правильно отмечается, что при указанных экспертизах полученные результаты исследования в одних случаях позволяют, в других не позволяют исключить отцовство (материнство) данного конкретного лица по отношению к конкретному ребенку (М.А.Бронникова, 1947; А.К.Туманов, 1961; Р.Г.Геньбом, Н.П.Корнеева-Асадчих, 1972). Если по результатам исследования спорное отцовство (материнство) не исключается, экспертиза не может определенно разрешить поставленный вопрос. Представляется, что в подобных случаях формулировка: "Не исключено, что S есть P" является приемлемой.

Необходимо ясно понимать, что, употребляя формулировку типа: "S может (могло) быть P", эксперт утверждает наличие определенной возможности. Поэтому такая формулировка допустима лишь в тех случаях, когда эксперт убежден (именно убежден!) в возможности какого-то события, какой-то связи. Если же такого убеждения нет и по результатам исследования эксперт лишь не может исключить это событие или связь, вывод должен строиться по формуле "Не исключено, что S есть (может быть) P". Эксперт в этом случае не утверждает, а лишь допускает существование определенной возможности. Суждение такого типа содержит сравнительно мало полезной информации и отражает не столько знание, сколько незнание эксперта.

В тех случаях, когда эксперт устанавливает, что какое-то событие (связь, отношение) не могло иметь места, т.е. является невозможным, он излагает свой вывод в форме суждения не-возможности: "S не может (не могло) быть P". Например: "После травмы потерпевший не мог совершать целенаправленных действий", "Кровь на вещественном доказательстве не может принадлежать гр-ну Л.", "По результатам исследования крови гр-н С. не мог быть отцом девочки Тани С." и др.

Однако, если какое-то событие является в данных условиях невозможным, то оно и не имеет места в действительности. Поэтому вместо суждения невозможности эксперты нередко употребляют отрицательное суждение действительности ("S не есть P"), что также является правильным (П.В.Таванец, 1955). Например: "Кровь же является правильным (П.В.Таванец, 1955). Например: "Кровь на вещественном доказательстве не принадлежит гр-ну Л.", "По ре-

зультатам исследования крови гр-н С. не является отцом девочки Тани С.” и др.

Перечисленные виды суждений позволяют эксперту выразить как бы меру его знания относительно тех или иных событий:

”Так было (есть)” — утвердительное суждение действительности;

”Так могло быть” — суждение возможности;

”Может быть и было (могло быть), а может быть и нет, во всяком случае не исключено” — ”неисключающее” суждение;

”Так не было (не могло быть)” — отрицательное суждение действительности либо суждение невозможности.

Иногда от эксперта требуется установить, как развивались (или как могли бы развиваться) события при соблюдении каких-то определенных условий, которые на самом деле не были соблюдены. Допустим, надо выяснить, мог ли потерпевший остаться жив при оказании ему необходимой медицинской помощи. В таких случаях эксперт излагает свой вывод в форме условного суждения: ”Если S есть P , то S^1 есть P^1 ”. Например: ”Если бы потерпевшему была оказана своевременная медицинская помощь, то жизнь его была бы спасена”.

К условному суждению эксперту приходится прибегать и в тех случаях, когда его вывод зависит от обстоятельств, которые либо станут известными в будущем, либо вообще не поддаются непосредственному экспертному исследованию и должны быть установлены следственным путем. Например: ”Если последствием повреждений будет только длительное расстройство здоровья, то они будут расценены как менее тяжкие” (в данном случае эксперту неизвестен исход повреждений, — он будет ясен лишь спустя некоторое время). В качестве второго примера можно привести заключение о правильности оказания медицинской помощи гр-ну С., который случайным выстрелом на охоте был ранен в плечо. В районную больницу С. был доставлен в крайне тяжелом, шоковом состоянии, с резко выраженной анемией. Спасти его не удалось. История болезни С. оказалась утерянной, в материалах дела имелись акт судебно-медицинского исследования трупа, показания медицинского персонала и лиц, доставивших С. в больницу. Заключение гласило (в извлечении):

”Гр-ну С. в больнице была сделана новокаиновая блокада в области ранения, введены морфин, строфантин с глюкозой, кордиамин, спирт внутрь. При оценке правильности медицинской помощи С. в больнице необходимо учитывать время, имевшееся в распоряжении врачей. Поскольку в материалах дела содержатся противоречивые показания в отношении времени нахождения

ния потерпевшего в больнице, а история болезни — этот основной юридический документ — утерян, решить определенно вопрос о правильности лечения С. не представляется возможным.

Если достоверны показания медицинских работников районной больницы о том, что С. умер через 20–30 мин после поступления, то медицинскую помощь, оказанную ему, следует признать правильной, так как за такой ограниченный период времени большего сделать нельзя.

Если же верить показаниями гр-н А. и В. о том, что С. провел в больнице 2–3 ч после поступления, то проведенные мероприятия явно недостаточны”.

В приведенном примере экспертный вывод о правильности лечения зависит от времени пребывания потерпевшего в больнице — обстоятельства, устанавливаемого следственным путем. Поскольку в материалах дела содержались противоречивые сведения об этом обстоятельстве, в заключении в форме условных суждений даны два решения поставленного вопроса: в случае принятия за основу одних показаний и в случае принятия за основу других, противоречащих им, показаний.

Правомерность изложения экспертных выводов в форме условных суждений признается и юристами. Так, например, И.Л.Петрухин (1973) отмечает, что ”заключение эксперта, данное по материалам дела, в которых имеются противоречия, может содержать также альтернативу: эксперт предлагает следователю (суду) несколько решений поставленного перед ним вопроса в зависимости от того, какие из противоречивых материалов взяты за основу”.

В случаях, когда эксперт устанавливает, что предмет исследования находится в определенной связи с каким-то одним из двух (трех, четырех или более) явлений, событий и др., но при этом не знает точно, с каким именно, его вывод обычно имеет форму *р а з д е л и т е л ь н о г о с у ж д е н и я*: *С есть либо P^1), либо P^2) (либо P^3), либо P^4) и т.д.)*”. Приведем несколько примеров таких выводов: ”Выстрел произведен в упор или с очень близкого (несколько сантиметров) расстояния”; ”Телесные повреждения — сотрясение головного мозга — возникли либо от удара тупым твердым предметом по голове, либо от падения и удара головой о тупой предмет”; ”Судя по вертикальным потекам крови на рубашке, гр-н Б. в момент ранения находился в вертикальном положении, т.е. стоял или сидел”; ”Гр-н К. употреблял алкогольные напитки за несколько часов либо за несколько минут до происшествия” и др.

Таким образом, мы видим, что для изложения тех или иных выводов эксперта должны применяться определенные виды суждений. Неправильный выбор вида суждения может исказить смысл экспертного вывода, привести к тому, что вывод окажется ложным.

Вместе с тем не меньшее значение имеет и степень уверенности эксперта в истинности достигнутого им знания, в истинности его мыслей и утверждений. Эта степень уверенности тоже влияет на формулировку экспертных выводов. Дело в том, что знание может быть достоверным и вероятным. Категории "достоверность" и "вероятность" характеризуют доказательность знания (П.В.Копнин, 1974). Суждение, истинность которого доказана, является достоверным. Знание, "для выдвижения которого имеются некоторые теоретические предпосылки и практические подтверждения, но которых, однако, недостаточно для того, чтобы доказать и подтвердить его истинность", называется вероятным (Г.А.Геворкян, 1966). В характеристике вероятного знания нам представляется весьма важным положение о том, что к нему может быть отнесена не вообще любая недоказанная мысль, а лишь такая, которая имеет под собой определенное основание. Это основание должно быть достаточным для того, чтобы мы могли признать данное знание вероятным (Л.В.Смирнов, 1971). Другими словами, действие логического закона достаточного основания, требующего аргументации мысли, распространяется не только на достоверное, но и на вероятное знание.

Доказанное знание вызывает в нас чувство субъективной уверенности, убежденности в его истинности. Знание, которое не доказано полностью, такой убежденности не вызывает, ибо оно может оказаться как истинным, так и ложным. Таким образом, в характеристику вероятного и достоверного знания входит не только его доказанность, но и субъективный момент — степень убежденности в его истинности (Г.А.Геворкян, 1965).

Истинность любой мысли зависит от познаваемого объекта. Если объект действительно таков, как мы его себе представляем, мысль истинна. Если объект отличается от содержания нашей мысли, мысль ложна. Достоверность или вероятность мысли зависит, наоборот, от познающего субъекта, от нашего знания относительно истинности высказанной мысли. Когда нам точно известно, что мысль истинна, и мы можем это доказать, знание достоверно. Если же нам точно не известно, истинна или нет высказанная мысль, такое знание является лишь более или менее вероятным, но не достоверным.

Различают степени вероятности, выражающиеся следующим образом: "маловероятно", "вероятно", "весьма вероятно", "высокая степень вероятности" и др. Достоверность степеней не имеет. То, что достоверно, не может быть более или менее достоверным. К сожалению, даже в научной и методической судебно-медицинской литературе нередко можно встретить указания на степень достоверности.

Правильно, на наш взгляд, решает вопросы соотношения

истины, достоверности и вероятности в экспертных заключениях А.А.Эйсман (1967). Он справедливо подчеркивает, что достоверными мы считаем знания, которые не просто являются истинными, а такие, истинность которых заранее гарантируется истинностью исходных посылок и способом рассуждения.

Для выражения достоверных и вероятных знаний используют разные суждения. "Суждение, выражающее достоверное знание (и имеющее форму категорического утверждения), можно назвать суждением достоверности (разрядка наша — И.В.). Суждение же, выражающее вероятное знание (часто, но не обязательно имеющее явную форму предположительного утверждения), можно назвать суждением вероятности" (Г.А.Геворкян, 1965). Крайне важно, чтобы в формулировке экспертных выводов всегда было отражено, носят полученные знания достоверный или только вероятный характер.

Безусловно, эксперт должен стремиться к тому, чтобы его выводы были достоверными. Но надо признать и то, что в ряде случаев полученные при экспертном исследовании данные оказываются недостаточными для достоверного вывода и могут дать основание лишь для ответа в вероятной форме. Например, при определении пола по черепу могут быть получены данные, которые "с большей вероятностью указывают на принадлежность черепа тому или иному полу" (В.И.Пашкова, 1963). Как поступить в таких случаях эксперту? Если он примет решение придать своему вероятному выводу форму достоверного, это будет грубой ошибкой. Ведь не исключено, что вывод окажется ложным и следствие будет введено в заблуждение. Второй возможный выход — отказаться от ответа по существу, признать, что экспертиза в данном случае не в состоянии решить поставленный вопрос. Именно так рекомендуют поступать противники вероятных заключений экспертов (Р.Д.Рахунов, 1953; В.А.Пригузова, 1959; М.П.Шаламов, 1960; В.И.Шиканов, 1963 и др.). Нам представляется более оправданным третий путь — эксперт составляет ответ в форме суждения вероятности, подчеркивая тем самым, что его вывод не достоверен, а всего лишь вероятен. Так, например, на вопрос о половой принадлежности черепа можно ответить, что хотя полученные при исследовании объективные данные не позволяют сделать достоверный вывод, но некоторые признаки анатомического строения и размеры черепа свидетельствуют о большей вероятности того (или: позволяют предполагать), что череп принадлежит мужчине (женщине). Такой ответ эксперта всегда будет правильно воспринят следователем именно как вероятный вывод, истинность которого экспертом не гарантируется и который в конечном итоге может оказаться ошибочным. Но такой ответ, по нашему мне-

нию, имеет ценность для следователя в том отношении, что может помочь ему избрать более рациональный план расследования, предусматривающий первоочередную разработку наиболее перспективных версий. Кроме того, вероятный вывод эксперта может иметь определенное доказательственное значение для органов расследования и суда (И.Л.Петрухин, 1973).

В Постановлении Пленума Верховного Суда СССР № 1 от 16 марта 1971 г. "О судебной экспертизе по уголовным делам" обращено внимание судов на то, что "вероятное заключение эксперта не может быть положено в основу приговора". Некоторые противники вероятных заключений экспертов склонны усматривать в этом поддержку своей позиции. Очевидно, для такого вывода нет достаточных оснований, ибо Верховный Суд в данном случае критикует не вероятные выводы эксперта, а их неправильную оценку.

Рассмотренные суждения действительности (утвердительное и отрицательное), возможности, условные и разделительные суждения являются по существу суждениями достоверности. Они служат для выражения достоверного знания и отражают убежденность эксперта в истинности его выводов. Эта убежденность эксперта должна опираться на полученные им в процессе исследования данные, которыми он и обосновывает свое заключение.

Суждения типа "Не исключено, что S есть P" также относятся к суждениям достоверности. Вывод эксперта в такой формулировке отражает результат, полученный при исследовании — обнаружение экспертом данных для того, чтобы исключить связь между S и P. Однако этот вывод не является абсолютно истинным, так как вполне допустимо, что другими методами исследования, другими доказательствами связь между субъектом и предикатом будет отвергнута. Истинность вывода относительна, справедлива лишь для данного конкретного исследования, произведенного с помощью конкретных методов.

Когда же эксперт не убежден в истинности своего вывода, поскольку не обладает достаточно вескими данными для его обоснования, он излагает ответ в предположительной форме, которая представляет собой суждение вероятности.

Общая формула суждений вероятности: "S, вероятно, есть P" (например: "Мальчику П., вероятно, исполнилось 12 лет"), но в судебно-медицинских заключениях чаще применяется следующая разновидность суждения: "Можно полагать, что S есть P" ("Можно полагать, что возраст Т. достиг 22—23 лет", "Судя по наличию входного и выходного пулевых отверстий на черепе скелетированного трупа, можно полагать, что смерть этого гражданина наступила от сквозного огнестрельного ранения головы" и др.).

Таким образом, в зависимости от характера объективно существующей связи между явлениями, в зависимости от доказанности этой связи эксперт излагает свой вывод в форме того или иного суждения. Основные виды суждений, используемые при формулировании выводов судебно-медицинским экспертом, представлены в табл. 1.

Рассматривая виды суждений, которые используют для изложения своих выводов судебно-медицинские эксперты, мы до сих пор сознательно уклонялись от вопросов о способах достижения экспертом истинного знания. Анализ этих вопросов посвящается следующая глава.

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ СУЖДЕНИЙ,
используемые при формировании выводов судебно-медицинским
экспертом

Суждение	Логическая формула	
	суждение достоверности	суждение вероятности
Действительности:		
а) утвердительное	S есть P	S, вероятно, есть P (можно полагать, что S есть P)
б) отрицательное	S не есть P	S, вероятно, не есть P
в) утвердительное с отрицательным смыслом	S есть не P	S, вероятно, есть не P
Возможности	S может (мог) быть P	S, вероятно, может (могло) быть P
Невозможности	S не может (не могла) быть P ¹⁾	S, вероятно, не может (не могло) быть P
Неисключающее	Не исключено, что S есть (может быть) P ²⁾	
Условное	Если S есть P, то S ₁ есть P ₁	Если S есть P, то S ₁ , вероятно, есть P ₁
Разделительное	S есть либо P ₁ , либо P ₂ либо P ₃ (и т.д.)	S, вероятно, есть ли- бо P ₁ , либо P ₂ , либо P ₃ (и т.д.)

Примечания:

- 1) Эта форма равноценна "S не есть P".
- 2) Эта форма не имеет соответствующего ей суждения вероятности.

ПУТИ И СПОСОБЫ РЕШЕНИЯ ВОПРОСОВ, ПОСТАВЛЕННЫХ ПЕРЕД СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИМ ЭКСПЕРТОМ

Каждая судебно-медицинская экспертиза — это отдельный акт (точнее процесс) познания. В ходе исследования эксперт познает отдельные стороны, свойства, особенности изучаемого объекта, причем не любые стороны, свойства, особенности, а вполне определенные, именно те, знание которых позволяет разрешить предложенные эксперту вопросы.

С другой стороны, разрешение поставленных перед экспертом вопросов есть выяснение определенных связей, определенных отношений материального мира. Если данные связи или отношения познаны экспертом правильно, это означает, что эксперт достиг истины.

На пути познания, или поиска истины, имеются свои сложности и трудности, которые в большинстве случаев эксперт успешно преодолевает, но они могут быть и причиной ошибочных заключений. Попробуем проследить за особенностями выяснения истины экспертом. Как известно, процесс познания состоит из двух взаимосвязанных элементов: живого созерцания (или чувственного познания) и абстрактного мышления¹⁾.

В процессе чувственного познания у эксперта на базе зрительных, тактильных, обонятельных, слуховых ощущений возникают восприятия объекта в целом и его отдельных частей.

Восприятия, основанные на ощущении света и цвета, дают представление о форме и размерах тех или иных образований. Благодаря зрению мы воспринимаем подавляющее большинство признаков, имеющих значение при судебно-медицинских исследованиях: цвет кожных покровов, цвет, интенсивность и локализацию трупных пятен, наличие или отсутствие повреждений (ссадины, кровоподтеки, раны) и их характерные особенности, цвет, размеры и форму внутренних органов, наличие или отсутствие патологических изменений и др.

Тактильные ощущения позволяют судить о плотности ис-

¹⁾ По мнению К.К.Платонова (1972), эти элементы точнее было бы именовать соответственно как непосредственное познание и опосредованное познание. Первое соответствует восприятиям (опирающимся на ощущения), второе — мышлению (опирающемуся на понятия).

следуемого объекта, состоянии его поверхности (гладкая, шероховатая), температуре, наличии или отсутствии крепитации при подкожной или гнилостной эмфиземе, переломах костей.

С помощью обоняния мы улавливаем различные запахи. При экспертном исследовании обнаружение запаха некоторых веществ (например, алкоголя, уксусной кислоты, горького миндаля, одеколона, хлорофоса, чеснока, мочи и т.д.) может иметь существенное значение.

Слуховые ощущения наряду со зрительными и тактильными важны при судебно-медицинской экспертизе живых лиц. Такие методы исследования, как перкуссия и аускультация, основаны на слуховых ощущениях.

В судебно-медицинской практике основное значение имеют восприятия, основанные на зрительных и тактильных ощущениях. Так, например, при виде и ощупывании ссадины, раны, перелома, опухоли, полипа, тромба и др. не приходится сомневаться в наличии этих повреждений или образований, а также появляется возможность судить об их форме, плотности, характере поверхности, температуре и др. На основании восприятий можно получить сведения о том, что одна ссадина (рана, кровоподтек) больше другой, один зрачок шире (уже) другого (или диаметры их равны) и др. Опытный эксперт сразу замечает отклонения в величине органов. Эти наблюдения контролируются измерениями, что делает их более объективными, более точными. Однако сам факт увеличения или уменьшения размеров органа относительно "нормы" нередко выявляется без всяких измерений, так же как и сравнительная оценка размеров нескольких повреждений или образований.

Возможности зрительных восприятий могут быть расширены с помощью лупы или микроскопа, благодаря чему удастся увидеть структуры, недоступные невооруженному глазу.

В нашем сознании могут сохраняться и возникать образы воспринятых ранее предметов, объектов, образований: происходит формирование представлений. Представления возникают также на основе объяснений, описаний, рисунков, фотографий, чертежей и других средств наглядной информации.

Таким образом, вся информация о состоянии объекта исследования поступает к эксперту через органы чувств. Имеющиеся у человека органы чувств обеспечивают возможность правильного, адекватного восприятия действительности. Это доказано всей многовековой практикой человечества. В процессе судебно-медицинского исследования эксперт обычно достаточно точно воспринимает локализацию, характер, форму, размеры и другие особенности повреждений и патологических образований, величину, форму, цвет,

плотность внутренних органов, выраженность трупных явлений и др.

С помощью живого созерцания мы познаем внешние особенности изучаемых объектов. При этом живое созерцание носит активный и избирательный характер, поскольку оно обусловлено потребностями практической деятельности человека. В процессе чувственного познания мы обращаем внимание не на все вообще свойства исследуемых объектов, а лишь на те из них, знание о которых может помочь в решении стоящей перед нами задачи. Эти существенные свойства выполняют роль признаков, прямо или косвенно свидетельствующих о тех или иных интересующих нас состояниях объекта. Признаками называется все то, в отношении чего предметы могут оказаться сходными или же различными между собой (А.И.Введенский, 1912; Е.К.Войшвилло, 1967).

Свойства объективно присущи вещам и явлениям материального мира и существуют независимо от того, знаем мы о них или не знаем. Познанное свойство становится признаком, когда мы используем его для того, чтобы выделить, распознать, различить либо отождествить предметы или объекты нашего исследования.

Таким образом, первый этап всякого экспертного исследования основан на чувственном познании и заключается в выявлении признаков, по которым можно судить о состоянии (свойствах) объекта. С некоторым упрощением можно признать, что цель первого этапа экспертного исследования и состоит в выявлении признаков. Далее мы вернемся к признакам и рассмотрим их более подробно.

Однако, если механизм чувственного познания в его самых общих чертах представляется нам более или менее ясным, этого, к сожалению, нельзя сказать об особенностях и закономерностях абстрактного мышления эксперта. Как, каким путем на основе ощущений, восприятий и представлений эксперт приходит к решению поставленных вопросов, как достигается тот самый, единственно верный ответ из множества вообще возможных, — мы до сих пор точно не знаем. И по сей день ход экспертного мышления при решении многочисленных и весьма разнообразных вопросов не является таким очевидным, как механизм чувственного познания.

В достаточно обширной судебно-медицинской литературе эта большая и, думается, чрезвычайно важная проблема практически совершенно не освещена. Лишь в единичных работах можно найти довольно робкие попытки как-то осознать пути и способы решения экспертами поставленных вопросов. Так, например, В.Стешиц (1965) отмечает, что при проведении судебно-медицинской экспертизы по материалам уголовного дела эксперты должны использовать такие логические приемы, как анализ и синтез. Но как именно на основе анализа и синтеза прийти к тому или иному конкретному

выводу, как найти верный ответ на поставленный вопрос, автор не показывает. В.Б.Богуславский (1969) отмечает, что при формировании экспертных выводов следует соблюдать законы формальной логики, а выбор метода умозаключения определяется характером экспертного вывода. Однако какова конкретная зависимость между характером разрешаемого вопроса и тем или иным видом умозаключения, остается неясным. Других работ по указанной проблеме в доступной судебно-медицинской литературе мы не нашли.

Представляется весьма вероятным, что пути, способы, логические приемы и особенности разрешения судебно-медицинскими экспертами различных вопросов неодинаковы и обладают определенной спецификой в зависимости от характера разрешаемого вопроса и особенностей каждой конкретной экспертизы. Если при этом учесть множественность объектов судебно-медицинской экспертизы, их бесконечное многообразие и бесконечно разные состояния, в которых они могут находиться, разнообразие подлежащих разрешению вопросов и, возможно, существование различных способов их решения, станет ясным, что познание механизма и особенностей экспертного мышления — задача не только не простая, но и вообще едва ли осуществимая при подобном подходе к делу. Для того чтобы познать основные принципы экспертного решения поставленных вопросов, надо абстрагироваться от частных и попытаться найти то общее, что позволяет объединить различные по смыслу вопросы.

По нашему мнению, самые различные вопросы, разрешаемые судебно-медицинским экспертом, объединяет то, что решение любого вопроса можно представить как выяснение принадлежности объекта судебно-медицинской экспертизы (или какой-то его части — предмета экспертного исследования) к какой-то определенной группе явлений или, выражаясь языком математики, к определенному множеству (либо подмножеству).

Множеством в математике и математической логике называют "набор, совокупность, собрание каких-то объектов, обладающих общим для всех их характеристическим свойством" (Н.И.Кондаков, 1975). Например, множество телесных повреждений, множество переломов, множество новорожденных, множество умерших, множество объектов с пятнами крови, множество объектов, содержащих алкоголь и др.

Основатель теории множеств Г.Кантор дал такое определение: "Множество есть многое, мыслимое как единое".

Объекты или предметы, составляющие некоторое множество, называются его элементами. Множество может состоять из частей — подмножеств, которые сами также являются множествами. Например, множество открытых переломов является подмножест-

вом (частью) множества переломов, множество переломов — одно из подмножеств в множестве телесных повреждений. В другом отношении множество телесных повреждений включает подмножества тяжких, менее тяжких и легких телесных повреждений. Каждое из этих подмножеств можно в свою очередь рассматривать как самостоятельное множество, также состоящее из подмножеств.

Решая поставленный перед ним вопрос, эксперт по существу определяет, принадлежит или не принадлежит объект исследования тому или иному множеству. Например, при исследовании трупа новорожденного эксперт устанавливает, что младенец родился живым. Этот вывод эксперта является одновременно и выводом о том, что исследуемый объект — труп новорожденного ребенка — принадлежит множеству (или является элементом множества) живорожденных и не принадлежит множеству (т.е. не является элементом множества) мертворожденных.

Точно так же решая вопросы о характере имеющихся заболеваний, телесных повреждений, причине смерти, давности ее наступления, возрасте, употреблении алкоголя, доношенности, жизнеспособности и др., эксперт фактически устанавливает принадлежность объекта тому или иному множеству (множеству лиц, страдающих гипертонической болезнью, множеству лиц, имеющих закрытый перелом бедра, множеству лиц, погибших от утопления и др.).

В тех случаях, когда разрешаемый экспертом вопрос относится не столько ко всему объекту, сколько к его некоторым свойствам или особенностям, целесообразнее говорить о принадлежности тому или иному множеству не самого объекта, а предмета исследования. Например, эксперт устанавливает, что свидетелствуемому причинены тяжкие телесные повреждения. Это означает, что данные телесные повреждения (предмет экспертного исследования) относятся к множеству тяжких телесных повреждений и не принадлежат множествам менее тяжких и легких повреждений.

Определяя последовательность нанесения повреждений, входное и выходное отверстие при огнестрельном ранении, наличие крови (спермы) на вещественном доказательстве, ее видовую и групповую принадлежность и ряд других вопросов, эксперт устанавливает принадлежность тому или иному множеству уже не объекта, а предмета исследования¹⁾.

¹⁾ Сам по себе вопрос о том, что именно считать элементом множества — объект или предмет экспертного исследования, не имеет решающего значения.

Можно представить себе такое множество, которое состоит только из одного элемента (единичное множество), и даже такое, в состав которого не входит ни одного элемента (пустое множество). Например, определяя, не нанесена ли травма данным конкретным экземпляром орудия, мы в конечном счете выясняем, не входит ли исследуемое повреждение в множество повреждений, причиненных этим экземпляром орудия. При этом не имеет значения, что именно этим экземпляром орудия в одних случаях могло быть причинено несколько повреждений ("нормальное" множество), в других — одно повреждение (единичное множество), в третьих — вообще не наносилось повреждений (пустое множество).

Сам экспертный вывод, представляющий собой суждение и имеющий общую формулу " S есть (не есть) P ", по существу вывод о том, что " S " является (или не является) элементом множества " P ".

Итак, решение поставленного перед экспертом вопроса заключается в определении принадлежности объекта или предмета исследования тому или иному определенному множеству.

При этом не имеет значения, что в подавляющем большинстве случаев этот факт остается неосознанным, как не осознается обычно и сам механизм экспертного вывода.

Небезынтересно отметить, что и процесс распознавания болезней (диагностика) в клинической медицине представляет собой не что иное, как ту же операцию отнесения исследуемого объекта к определенной группе явлений (т.е. к определенному множеству), на что обратили внимание некоторые авторы. Так, например, К.Е.Тарасов (1967) пишет: "... диагностика. . . т.е. промежуточное знание, когда мы знаем общее о соответствующем классе предметов (разрядка наша — И.В.) и в то же время не знаем данного предмета своего исследования, но должны его распознать, как бы ни были малы для этого наши возможности". Речь, как видим, идет о выяснении принадлежности предмета исследования к определенному классу предметов, т.е. множеству. По мнению Б.П.Кушелевского (1968), в процессе диагностического мышления происходит сопоставление выявленных при обследовании больного симптомокомплексов с "опосредованными ранее и уже знакомы-

чения. Это зависит главным образом от той связи, в которой мы рассматриваем названные явления. Например, данные телесные повреждения (предмет экспертного исследования) относятся к множеству тяжких телесных повреждений. Но при этом сам потерпевший (объект экспертного исследования) принадлежит множеству лиц, которым причинены тяжкие телесные повреждения.

ми типовыми клиническими картинами болезней". Но ведь "типичная клиническая картина" какой-то определенной болезни — это симптомы (т.е. признаки), которые мы найдем у множества лиц, страдающих этой болезнью; другими словами, это опять-таки признаки принадлежности данному множеству. Выявив у больного определенные симптомы, врач ставит диагноз, т.е. по существу относит своего больного к тому или иному множеству. Довольно отчетливо эта мысль выражена Э.Г.Серебряным и Н.С.Андросовым (1969): "Распознавание. . . можно кратко характеризовать как процесс, в результате которого человек (в частности, врач) относит ранее неизвестный ему факт (например, болезнь) к одной из нескольких групп известных фактов с целью выполнения определенной практической деятельности (лечение больного)".

Один и тот же объект, взятый в разных отношениях, может являться элементом разных множеств. Например, младенец, труп которого подвергается исследованию, в одном отношении принадлежит множеству мертворожденных, в другом — множеству доношенных, в третьем — множеству жизнеспособных, в четвертом — множеству погибших от внутриутробной асфиксии, в пятом — множеству родившихся не более 2—3 сут до момента обнаружения трупа и др.

Множества, к которым может принадлежать объект при решении какого-то одного вопроса, или, другими словами, из которых эксперт должен выбрать то единственное множество, куда входит исследуемый объект, мы назовем *однопорядковыми*. Однопорядковыми будут, например, множества живорожденных и мертворожденных, доношенных и недоношенных, множества тяжелых, менее тяжелых, легких с расстройством здоровья и легких без расстройства здоровья телесных повреждений и др.

Однопорядковые множества всегда являются подмножествами более крупного множества. Например, множества мертворожденных и живорожденных будут подмножествами множества родившихся, множества тяжелых, менее тяжелых и легких телесных повреждений являются подмножествами множества телесных повреждений и др.

Количество множеств, к которым может принадлежать исследуемый объект или предмет исследования в каком-то одном, конкретном, отношении (т.е. количество однопорядковых множеств), зависит от характера разрешаемого вопроса и может быть либо конечным, либо бесконечным. По аналогии с принятой в логике терминологией те множества, число которых конечно (т.е. поддается подсчету), можно назвать *регистрируемыми*, а те, число которых подсчету не поддается (т.е. бесконечно), — *нерегистрируемыми*.

Вопросы о доношенности, зрелости, жизнеспособности, целостности девственной плевы, достижении половой зрелости, выделительстве или невыделительстве подозреваемого, потерпевшего, о принадлежности крови человеку или животному, о резус-принадлежности крови и др. предполагают относимость объекта к одному из двух мыслимых множеств. Действительно, младенец может быть новорожденным или не быть им, может быть доношенным или недоношенным; целостность девственной плевы у свидетельствуемой может быть сохранена или нарушена, половая зрелость достигнута или не достигнута и др.

К вопросам, разрешение которых заключается в определении принадлежности объекта (предмета исследования) одному из трех множеств, относятся, например, вопросы о типовой принадлежности крови, об орудии (оружии), которым причинены повреждения (тупое, острое, огнестрельное), о прижизненности или посмертности повреждений (поскольку приходится различать прижизненные, агональные и посмертные повреждения), о расстоянии выстрела и др.

При установлении степени тяжести телесных повреждений, определении групповой принадлежности крови (спермы) и в некоторых других случаях эксперту приходится выяснять, элементом какого из четырех возможных множеств является исследуемый объект (предмет). С конечным, хотя и не строго определенным числом множеств приходится иметь дело эксперту при установлении возраста, продолжительности внутри- или внеутробной жизни младенца, степени утраты трудоспособности, давности наступления смерти, давности пребывания трупа в воде и при разрешении других вопросов.

При определении характера заболевания, характера имеющихся повреждений, причины смерти количество множеств, к которым может быть отнесен исследуемый объект, точно установить нельзя. Оно практически бесконечно, как бесконечно многочисленны различные болезни и повреждения и их разнообразные сочетания. Это нерегистрируемые множества.

Понимание того, что решение любого экспертного вопроса можно рассматривать как отнесение объекта исследования к какому-то вполне определенному множеству (или как выбор среди группы однопорядковых множеств какого-то одного, элементом которого является исследуемый объект), позволяет нам проследить скрытый механизм становления экспертного вывода. Дело в том, что элементы каждого конкретного множества обладают более или менее известными признаками, только по которым и можно установить их принадлежность данному множеству. Для того чтобы установить принадлежность объекта какому-то конкретному множеству, необходимо, во-первых, точно знать, что такие-то признаки (или их

определенная совокупность) свойственны т о л ь к о элементам данного множества и не свойственны элементам всех других множеств и, во-вторых, обнаружить указанные признаки у исследуемого объекта. Знание признаков, свойственных т о л ь к о элементам данного конкретного множества, позволяет нам сформулировать следующее в ы д е л я ю щ е е с у ж д е н и е: "Только элементы множества К обладают признаком а" (или: "... хотя бы одним из признаков б, в, г, д"; или: "... совокупностью признаков к, л, м, н"). Например: "Только при выстрелах в упор возникает отпечаток дульного среза оружия"; "Только тяжким телесным повреждением свойствен хотя бы один из следующих признаков: опасность для жизни, потеря зрения, слуха или какого-либо органа, либо утрата органом его функций, психическое заболевание, расстройство здоровья со стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть, прерывание беременности, неизгладимое обезображение лица"; "Только девушки, достигшие половой зрелости, обладают совокупностью таких признаков, как определенная степень физического развития, способность к совокуплению, зачатию, вынашиванию плода, родоразрешению, вскармливанию ребенка".

Это выделяющее суждение, в котором отражено знание, известное нам из теории, представляет собой большую посылку к дедуктивному умозаключению (силлогизму). Меньшая посылка умозаключения отражает результат экспертного исследования: "Исследуемый объект х обладает признаком а" или: "... признаком г"; или "... совокупностью признаков к, л, м, н"). Например: "В области входного отверстия имеется отпечаток дульного среза"; "Повреждения, причиненные гр-ну Б., повлекли за собой стойкую утрату трудоспособности на 60%"; "Гр-ка В. достаточно физически развита и обладает способностью к совокуплению, зачатию, вынашиванию плода, родоразрешению, вскармливанию ребенка".

Из приведенных посылок вытекает единственно возможный вывод: "Исследуемый объект х является элементом множества К" ("Выстрел произведен в упор", "Гр-ну Б. причинены тяжкие телесные повреждения", "Гр-ка В. к моменту освидетельствования достигла половой зрелости").

По существу так же представляют себе логическую природу экспертного вывода М.А.Чельцов и Н.В.Чельцова (1954), отмечая, что деятельность эксперта сводится к подведению обнаруженных им фактов (меньшая посылка силлогизма) под известное опытное положение (большая посылка силлогизма).

Необходимо заметить, что нами рассмотрен не единственно возможный способ рассуждений эксперта. Те же выводы могут быть сделаны, например, при помощи условно-категорического силло-

гизма: если S есть P , то S^1 есть P^1 ; S есть P ; следовательно, S^1 есть P^1). Например: "Если в области входного отверстия есть отпечаток дульного среза оружия, то выстрел произведен в упор; в области входного отверстия обнаружен отпечаток дульного среза оружия; следовательно, выстрел произведен в упор". Однако в данном случае, для того чтобы получить истинный вывод, необходимо знать особые правила условно-категорического силлогизма, несоблюдение которых может привести к ошибке в рассуждениях.

В некоторых случаях целесообразно использовать разделительно-категорический силлогизм, о чем будет сказано далее.

Совершенно очевидно, что в случаях, когда признаки элементов конкретного множества четко определены, когда эти признаки обнаружены у исследуемого объекта, сам экспертный вывод (т.е. решение поставленного вопроса) не должен представлять каких-либо трудностей для эксперта. Процесс получения вывода настолько прост, что ошибки в рассуждениях эксперта в типичных ситуациях не должны иметь места. Разумеется, в самом экспертном заключении (в выводах эксперта) употреблять термин "множество" нет никакой необходимости. Этот термин введен нами потому, что применение его позволяет понять то общее, что объединяет решение самых разных экспертных вопросов, делает простым и понятным способ рассуждений эксперта в процессе получения вывода. В дальнейшем термин "множество" будет употребляться нами главным образом в том случае, когда это будет вызвано прямой необходимостью. В остальных случаях он опущен, хотя и подразумевается (например, когда говорят о признаках новорожденности, имеют в виду признаки, свойственные объектам, составляющим множество новорожденных и др.).

Поскольку решение любого экспертного вопроса есть определение принадлежности объекта конкретному множеству, основные усилия должны быть направлены на детальное изучение судебно-медицинских диагностических признаков, на основании которых эксперт приходит к тому или иному выводу. Задача решается просто, если объект обладает всеми нужными признаками. Однако нередко в практической экспертной деятельности при исследовании объекта по разным причинам обнаруживают не все признаки, которые могут иметь диагностическое значение, а лишь часть из них. Тогда решение поставленного вопроса зависит от конкретной ситуации, от оценки значимости каждого обнаруженного признака и их совокупности. На деятельность судебного эксперта, связанную с оценкой обнаруженных признаков, указывает также Л.Е.Ароцкер (1976).

Рассмотрим некоторые наиболее существенные характери-

ки признаков, используемых в судебно-медицинской практике.

Важное качество признаков — их относимость, т.е. принадлежность элементам конкретного множества. В связи с этим можно различать признаки тяжких, менее тяжких и легких телесных повреждений, давности их нанесения, прижизненности или посмертности, механизма травмы; признаки половой зрелости, беременности, бывших родов, аборта; признаки наступления смерти, давности ее наступления, той или иной причины смерти; признаки новорожденности, живо- или мертворожденности, доношенности, зрелости, жизнеспособности плода; признаки наличия крови (спермы) на вещественном доказательстве, видовой, групповой принадлежности крови (волос, спермы) и др.

В данных случаях относимость рассматривается со стороны отдельных множеств. Если же эту относимость к элементам того или иного множества рассматривать со стороны конкретных признаков, то можно видеть, что признаки разделяются на одно- и многозначные. Например, дышавшие легкие есть признак живорожденности (и только!), а недышавшие легкие свидетельствуют о рождении как мертвого, так и живого плода. Первый признак однозначный, второй — многозначный. К однозначным признакам тяжких телесных повреждений относится непоправимое обезображение лица, тогда как трупные пятна в стадии гипостаза, расположенные на спине, свидетельствующие одновременно о факте наступления смерти, известной давности ее наступления и о положении, в котором находился труп, являются признаком многозначным. Следы дополнительных факторов выстрела вокруг раны свидетельствуют одновременно об огнестрельном характере ранения, о входном отверстии и о выстреле, произведенном с близкого расстояния.

”В зависимости от того, представляют ли признаки предметов наличие или отсутствие каких-либо качеств, свойств, отношений к другим предметам и т.д., их делят на положительные и отрицательные” (Е.К.Войшвилло, 1967). Например, опасность для жизни — положительный признак тяжкого телесного повреждения. Отсутствие опасности для жизни — отрицательный признак, свойственный менее тяжкому и легкому телесным повреждениям. Отрицательный признак — это в конечном счете отсутствие соответствующего положительного признака, в свою очередь отсутствие отрицательного признака означает наличие соответствующего положительного. В связи с этим в дальнейшем, для того чтобы не усложнять изложение, мы опускаем деление признаков на положительные и отрицательные; в случае необходимости речь будет идти о наличии или отсутствии соответствующего положительного признака.

Признаки могут быть разделены также на специфические

к и е (прямые, определенные) и н е с п е ц и ф и ч е с к и е (косвенные, неопределенные). Специфическим является признак, связь которого с определенным состоянием объекта выступает более или менее явно. Так, специфическими будут все признаки тяжких, менее тяжких и легких телесных повреждений, признаки половой зрелости, признаки зрелости новорожденного младенца, новорожденности, признаки входного и выходного отверстий при сквозных ранениях, электрометка при поражении электротоком и др.

Неспецифический признак — это признак, явная связь которого с интересующим нас фактом или обстоятельством не установлена. Этот признак может быть обусловлен несколькими процессами, явлениями. С неспецифическими признаками мы встречаемся главным образом в процессе судебно-медицинского исследования трупа при установлении причины смерти. Такие признаки, как переполненный мочевой пузырь, жидкая кровь, полнокровие внутренних органов, синюшность лица и многие другие являются неспецифическими, поскольку переполненный мочевой пузырь, например, встречается при смерти от отравления алкоголем, переохлаждения, черепно-мозговой травмы, при кровоизлияниях в головной мозг и в других случаях. В результате сам по себе этот признак не может указывать на какую-то определенную причину смерти. То же относится и к остальным неспецифическим признакам.

Среди специфических признаков особо следует выделить так называемые **н е о б х о д и м ы е и д о с т а т о ч н ы е**.

Н е о б х о д и м ы м является признак, без которого принадлежность объекта (предмета) конкретному множеству либо вообще не может иметь места, либо не может быть доказана. Например, необходимым признаком жизнеспособности младенца является отсутствие несовместимых с жизнью пороков развития (уродств). При наличии таких пороков ребенок не может быть жизнеспособным.

Д о с т а т о ч н ы м целесообразно называть такой признак, который либо сам по себе, либо в сочетании с другими признаками свидетельствует о принадлежности объекта конкретному множеству. Достаточные признаки не равноценны и могут быть разделены на безусловно, условно и совокупно достаточные.

Б е з у с л о в н о д о с т а т о ч н ы м будет признак, наличие которого уже само по себе свидетельствует о принадлежности объекта определенному множеству. Например, опасность для жизни повреждения — безусловно достаточный признак тяжелого телесного повреждения; таким же безусловно достаточными будут и все остальные признаки тяжелого телесного повреждения. Для того чтобы констатировать факт наступления смерти, безусловно достаточным будет любое трупное явление, для того чтобы устано-

вить наличие крови в пятне, достаточно получить спектр гемохромогена или гематопорфирина и др.

Безусловно достаточный признак одновременно и достоверен, тогда как необходимый таковым не является.

У с л о в н о д о с т а т о ч н ы м мы назвали признак, свидетельствующий о принадлежности объекта конкретному множеству лишь в сочетании с определенным (одним или несколькими) н е о б х о д и м ы м признаком. Например, длительное расстройство здоровья (более 4 нед) есть признак менее тяжкого телесного повреждения. Но наличие этого признака само по себе еще недостаточно для экспертного решения. Если повреждение повлекло длительное расстройство здоровья, то оно может быть признано менее тяжким лишь при условии, что налицо еще два необходимых признака: отсутствие опасности для жизни и отсутствие последствий, предусмотренных ст. 108 УК РСФСР. Таким образом, только сочетание условно достаточного и необходимого (необходимых) признаков позволяет эксперту принять определенное решение.

С о в о к у п н о (совместно) д о с т а т о ч н ы м и называются такие признаки, каждый из которых сам по себе не дает эксперту оснований для категорического вывода, но определенная совокупность их обладает свойством достаточности. Так обстоит дело, например, с признаком зрелости плода, половой зрелости, возраста. Каждый из таких признаков, как гладкая белая кожа, упругость крыльев носа и ушных раковин, выступание ногтей за кончики пальцев рук, наличие в мошонке яичек, наличие ядра окостенения в нижнем эпифизе бедра и др., является совокупно достаточным, а все они вместе достаточны для того, чтобы судить о зрелости младенца. Давая оценку признакам половой зрелости, Т.Н. Львова (1976) пишет: "Каждый из описанных признаков не является решающим, и только с о в о к у п н о с т ь (разрядка наша — И.В.) их позволяет решить вопрос о достижении половой зрелости". К совокупно достаточным относятся также признаки возраста: рост, масса тела, состояние кожных покровов, выраженность вторичных половых признаков, состояние зубов и др.

Одни признаки являются одновременно и необходимыми и достаточными, другие — необходимыми, но не достаточными, третьи — достаточными, но не необходимыми, четвертые не являются ни необходимыми, ни достаточными. Так, обнаружение хотя бы одного сперматозоида при исследовании пятна на вещественном доказательстве является и необходимым и достаточным условием для того, чтобы утверждать о наличии спермы; характерная структура (сердцевина, корковое вещество и кутикула) — и необходимая и достаточная доказательство того, что исследуемый объект

представляет собой волос. Кристаллы гемокромаина, полученные при исследовании, — признак, безусловно достаточный для доказательства наличия крови. Однако этот признак не является необходимым, так как при отрицательном результате микрокристаллической пробы могут быть получены спектры гемокромогена или гематопорфирина — признаки, тоже достоверно свидетельствующие о наличии крови. Неопасность для жизни, отсутствие последствий, предусмотренных ст. 108 УК РСФСР, — необходимые признаки менее тяжкого телесного повреждения, но они не являются достаточными, так как не позволяют отдифференцировать менее тяжкое повреждение от легкого.

Н е с п е ц и ф и ч е с к и е признаки сами по себе обычно не являются ни необходимыми, ни достаточными. Но определенная совокупность неспецифических признаков может иметь известное диагностическое значение при сочетании со специфическими признаками (условно или совокупно достаточными): они повышают ценность последних. Кроме того, при отсутствии специфических признаков по одним неспецифическим достоверно определить принадлежность объекта конкретному множеству нельзя, но, учитывая обстоятельства дела, иногда можно допустить предположительный вывод о такой принадлежности (в форме суждения вероятности), либо вывод о том, что возможность такой принадлежности экспертным исследованием не исключается.

Если эксперт знает ценность признаков, он может решать многие из поставленных вопросов даже в случаях, когда при исследовании объекта обнаруживаются не все вообще существующие (известные) признаки элементов данного множества, а лишь какая-то часть из них. Так, обнаружение хотя бы одного безусловно достаточного признака является основанием для определенного вывода. Определенный ответ может быть дан и в случае, когда условно достаточный признак сочетается с соответствующим (необходимым). При наличии совокупно достаточных признаков эксперт должен решить, позволяет ли имеющаяся совокупность признаков определенно ответить на поставленный вопрос. Зависимость между характером выявленных (либо отсутствующих) признаков и экспертным выводом представлена в табл. 2.

Элементы каждого конкретного множества обладают более или менее определенным набором, определенной комбинацией собственных признаков. У одних множеств это могут быть только безусловно достаточные признаки (например, признаки тяжких телесных повреждений), у других — сочетание необходимых и условно достаточных признаков (признаки менее тяжких телесных повреждений), у третьих — сочетание совокупно достаточных признаков

Зависимость экспертного вывода
от наличия или отсутствия диагностических признаков

Признак (признаки)	Решение вопроса о принадлежности исследуемого объекта конкретному множеству в случаях	
	наличия признака (признаков)	отсутствия признака (признаков)
Безусловно достаточный	Положительное	Не решается
Условно достаточный	Не решается	—”—
Необходимый	—”—	Отрицательное
Условно достаточный в сочетании с необходимым	Положительное	—”—
Совокупно достаточный	Не решается ¹⁾	Не решается
Определенное сочетание совокупно достаточных признаков	Положительное	—”—
Неспецифический	Не решается	—”—
Совокупность неспецифических признаков	—”_1)	—”—

ПРИМЕЧАНИЕ. В случаях, отмеченных звездочкой, с учетом обстоятельств дела иногда допустим предположительный вывод (в форме суждения вероятности), либо вывод о том, что данная возможность экспертным исследованием не исключается.

(признаки зрелости плода), у четвертых — сочетание безусловно, условно или совокупно достаточных признаков с неспецифическими (например, при смертельном поражении электротоком — электрометка в сочетании с неспецифическими признаками внезапно наступившей смерти).

При решении того или иного экспертного вопроса, связанного с определением принадлежности объекта одному из регистрируемых множеств, эксперт заранее знает признаки каждого из этих однопорядковых множеств. Сами признаки здесь, как правило, специфические. В процессе исследования объекта эксперт ведет целенаправленный поиск именно этих, заранее известных ему, специфических признаков. Обнаружив ряд определенных признаков и зная ценность каждого из них, эксперт решает (положительно или отрицательно, в категорической или предположительной форме, см. гл. V) вопрос о принадлежности объекта конкретному множеству. При отсутствии убедительных признаков эксперт приходит к выводу о невозможности решения поставленного вопроса.

Так обстоит дело с решением экспертных вопросов, предполагающих отнесение объекта исследования к одному из регистрируемых множеств. Однако установление принадлежности объекта к нерегистрируемым множествам требует несколько иного подхода. Существенным в этом случае является то, что эксперту приходится вести поиск нужного множества среди очень большого, практически бесконечного числа их. Нередко встречаются ситуации, когда именно о том множестве, к которому относится исследуемый объект, эксперт не помнил или не думал, приступая к исследованию. Не думал и о признаках этого множества. Сами признаки также часто очерчены недостаточно четко, во многих случаях являются неспецифическими. Вследствие этого установление принадлежности к нерегистрируемым множествам представляет собой гораздо более сложную задачу.

Основными вопросами данного плана являются вопросы о характере заболевания (повреждения), причине смерти, происхождении повреждений (конкретном механизме травмы) и др.

Экспертные ошибки при решении подобных вопросов встречаются чаще и выявляются труднее. В связи с этим исключительно важно разработать методику разрешения этих вопросов.

Попытки уяснить механизм получения экспертных выводов предпринимались в теории доказательств советского уголовного процесса. Так, по мнению А.И.Винберга и соавт. (1967), эксперт, исследующий, например, труп с целью обнаружить причину смерти, обращается к признакам, типичным для смерти насильственной или ненасильственной. Он отмечает наличие одних и отсутствие дру-

гих признаков, рассматривая их как следствие какой-то гипотетической причины. Убедившись, что большинство наблюдаемых следствий сходно с указывающим на определенную причину смерти, например, отравление, он дает соответствующее заключение.

Можно, конечно, рассматривать процесс определения причины смерти как поиск той причины, которая привела к возникновению определенных следствий — признаков. Такое представление было бы особенно оправданным в том случае, если бы мы всегда хорошо знали танатогенез, знали происхождение каждого признака. К сожалению, мы далеко не всегда располагаем достаточными знаниями в этом отношении. К тому же есть много признаков, которые могут быть вызваны не одной, а несколькими причинами. Кроме того, в каждом случае надо еще и "выйти" на эту гипотетическую причину. В сознании эксперта происходят сложные процессы анализа и синтеза, при которых исключаются одни причины, остаются другие, между последними проводится дифференциация. И, наконец, причина смерти в конечном итоге устанавливается не по формальному большинству признаков, а по их ценности.

Попытаемся на примере установления причины смерти, одной из наиболее сложных экспертных проблем, проанализировать основные этапы и особенности экспертного решения подобных вопросов. Прежде чем приступить к рассмотрению этого процесса, позволим себе сделать несколько предварительных замечаний.

1. Исследование трупа всегда должно быть полным, тщательным, логически продуманным. Какой бы ясной ни казалась причина смерти на любом этапе исследования, его надо довести до конца. Желательно, чтобы каждый привык к определенной последовательности в исследовании трупа, его систем и органов. Это не исключает, конечно, того, что при необходимости план исследования может и должен меняться, но в подавляющем большинстве случаев привычный порядок вскрытия поможет эксперту не оставить без внимания ни малейшей подробности.

2. От эксперта требуется хорошее знание судебной медицины (по крайней мере, секционной картины при различных видах насильственной и скоропостижной смерти), знание основ травматологии, патологической анатомии, токсикологии.

3. В учебниках и руководствах по судебной медицине танатологические признаки излагаются по нозологическому принципу, т.е. при описании воздействия на организм определенных факторов приводятся изменения (признаки), обнаруживаемые на вскрытии. В практической работе судебно-медицинскому эксперту приходится мыслить в обратном порядке — от обнаруженных при исследовании признаков к причине смерти. А поскольку причин смерти

в принципе очень много и признаки каждой из них далеко не всегда очерчены достаточно четко, процесс танатологической диагностики имеет свои определенные трудности и сложности. Пособия и руководства по технике вскрытия трупа, сами по себе совершенно необходимые эксперту, в данном случае тоже мало чем могут помочь, ибо в них детально излагаются технические приемы исследования, но не методика экспертного мышления.

4. В настоящей работе мы ограничимся в основном вопросами макроскопической диагностики. Это не означает, конечно, что мы недооцениваем значение дополнительных методов исследования. Но даже само их название подчеркивает, что они являются дополнительными, вспомогательными к основному методу исследования — вскрытию трупа. Именно результатами вскрытия определяются необходимость проведения дополнительных исследований, их направленность, объем, выбор предмета и методики дальнейшего исследования и др.

С учетом этих замечаний попытаемся рассмотреть возможные способы рассуждений эксперта при определении причины смерти.

Эксперт устанавливает причину смерти по танатологическим признакам, обнаруживаемым при исследовании трупа. Все танатологические признаки можно разделить на специфические и неспецифические. Такое деление, несмотря на его относительность, имеет практическое значение. Специфические признаки могут быть безусловно, условно или совокупно достаточными; неспецифические, как правило, недостаточными для определения вывода.

По-видимому, существуют две основные более или менее типичные исходные ситуации, с которыми сталкивается эксперт.

О них упоминает и А.П.Загрядская (1975), рассматривая особенности судебно-медицинских экспертиз отравлений.

С и т у а ц и я п е р в а я. Чаще всего эксперт встречается с тем, что предварительные сведения, которыми он располагает до вскрытия, указывают на какую-то определенную причину смерти. Это означает, что эксперт приступает к исследованию, будучи уже в известной мере и определенным образом психологически подготовлен к нему. Еще до вскрытия он составляет план исследования¹⁾, продумывает, какие признаки при этом могут быть выявлены и на что следует обратить особое внимание, какие дополнительные

¹⁾ На необходимость планирования судебно-медицинских экспертиз неоднократно указывал М.И.Авдеев (1967, 1968, 1976).

исследования могут понадобиться. Исследование в данной ситуации направлено главным образом на то, чтобы подтвердить или отвергнуть предполагаемую причину смерти или, другими словами, определить принадлежность или непринадлежность объекта исследования данному множеству (множеству лиц, смерть которых наступила от предполагаемой причины). Зная признаки, встречающиеся при смерти от данной причины, эксперт в процессе исследования стремится определить наличие этих признаков. В случае успеха рассуждения эксперта могут быть представлены уже известным нам силлогизмом: "Только в случае смерти от Z имеются признаки а, б, в. . .; при исследовании трупа гр-на Н. обнаружены признаки а, б, в. . .; следовательно, смерть гр-на Н. наступила от Z".

Как правило, в процессе исследования подтверждается именно предполагаемая причина смерти. В тех случаях, когда этого не происходит, эксперт оказывается в затруднительном положении.

С и т у а ц и я в т о р а я. О причине смерти до вскрытия ничего не известно¹⁾. Эксперт приступает к исследованию, находясь в состоянии некоторой психологической готовности к разного рода неожиданностям. Конечно, и в этом случае эксперт до вскрытия строит предположения о наиболее вероятных (возможных в данной ситуации) причинах смерти и соответственно составляет план исследования.

В процессе исследования трупа могут быть обнаружены признаки, определенно указывающие на ту или иную причину смерти (безусловно достаточные признаки, например, огнестрельное ранение сердца, электрометки, инородное тело в дыхательных путях, ожог химическими веществами слизистых оболочек рта, глотки, пищевода, желудка, наличие копоти в дыхательных путях, инфаркт миокарда с разрывом сердца и т.д.) или признаки, которые дают основание предполагать возможность какой-то определенной причины смерти. Например, бледность трупных пятен при отсутствии наружного кровотечения позволяет предположить кровотечение из внутренних органов, розовый цвет трупных пятен — возможность смерти от отравления угарным газом, жировая дистрофия печени позволяет заподозрить возможность отравления каким-то деструк-

¹⁾ Мы рассматриваем отдельно случаи, когда по имеющимся предварительным сведениям можно предполагать наступление смерти от какой-то одной из двух (трех и т.д.) возможных причин. В зависимости от того, насколько убедительны эти сведения, эксперт в конечном итоге оказывается либо в той либо в другой ситуации.

тивным ядом, при наличии стойкой мелкопузырчатой пены ("комки ваты") в отверстиях рта и носа можно думать об утоплении, косо восходящая странгуляционная борозда на шее свидетельствует о возможности повешения и др.

Эти признаки, "подсказывающие" эксперту возможную причину смерти, определяют ход его последующих рассуждений, план и направление дальнейших поисков. Тогда ситуация вторая по существу превращается в ситуацию первую. Этот переход может произойти как в период проведения наружного осмотра, так и в процессе внутреннего исследования трупа.

В процессе дальнейшего исследования трупа эксперт может обнаружить и другие признаки, свойственные смерти от предполагаемой причины. Иногда среди них могут быть безусловно достаточные признаки, обнаружение которых сразу же решает вопрос (например, бледные трупные пятна и малокровие внутренних органов при язве двенадцатиперстной кишки с аррозией кровеносного сосуда и обилием крови в кишечнике). Чаще встречаются совокупно достаточные признаки, которые, взаимно дополняя друг друга, оказываются в целом достаточными для вывода о причине смерти. Например, пена в дыхательных путях, вздутые легкие, пятна Пальтауфа достаточны для того, чтобы диагностировать утопление, хотя каждый из этих признаков, взятый отдельно, сам по себе еще не дает оснований для категорического вывода о причине смерти. Однако вполне возможно, что в процессе дальнейшего исследования первоначальное предположение не находит подтверждения и обнаруживаются новые признаки, дающие возможность предположить другую причину смерти. Тогда эксперт видоизменяет план исследования и начинает поиск необходимых признаков, что вновь может привести к разным результатам: обнаружению безусловно, условно или совокупно достаточных признаков указанной причины смерти, исключению ее, обнаружению признаков, свидетельствующих о возможности иной (третьей, четвертой и т.д. по счету) причины смерти.

Возможно, некоторое представление об этом процессе может дать следующий пример.

Мужчина 35 лет, на здоровье прежде не жаловавшийся, умер внезапно на работе 8 марта, т.е. причина смерти неизвестна. До исследования трупа наиболее вероятными представляются предположения о скоропостижной смерти от какого-то заболевания, либо, учитывая дату смерти, от отравления алкоголем или его суррогатами. При наружном осмотре были найдены повреждения в виде небольших ссадин в области локтевых и коленных суставов, в виде точечных ранок от уколов на плечах, ни о чем конкретно не свидетельствующие. Такие признаки, как синюшность лица, выделение кала, жидкая кровь,

полнокровие внутренних органов, пятна Тардье на поверхности легких, запах алкоголя, свидетельствовали о возможности отравления алкоголем. В то же время при макроскопическом осмотре отмечался выраженный стенозирующий коронаросклероз, участки ишемии миокарда, что заставляло думать о возможном развитии острой коронарной недостаточности. Однако дальнейшее исследование привело к совершенно неожиданным результатам: был обнаружен тотальный коагуляционный некроз стенки желудка, в желудке большое количество слизи и желтоватого цвета хлопьев, коагуляция соприкасающихся с желудком поверхностей печени и поджелудочной железы. Возникла почти полная уверенность в отравлении каким-то ядом, оказывающим преимущественно местное, коагулирующее действие на ткани. При дальнейшем исследовании трупа установлены умеренно выраженная паренхиматозная дистрофия печени, полнокровие и смазанность рисунка почек, множественные ярко-желтые полосы по ходу собирательных трубочек в почечных пирамидах. При судебно-химическом исследовании во внутренних органах обнаружены цинк и алкоголь. Гистологическое исследование подтвердило макроскопические находки. К сожалению, детальные обстоятельства и происхождение отравления в данном случае установить не удалось. Дано заключение, что смерть наступила от отравления каким-то ядовитым веществом, в состав которого входит цинк и которое оказывает выраженное местное действие на ткани.

При исследовании трупа могут также обнаружиться отдельные танатологические признаки, по существу не являющиеся специфическими, т. е. свойственными какой-то одной причине. Они могут встречаться при смерти от разных причин. Таковы полнокровие внутренних органов, синюшность лица, переполненный мочевой пузырь, отек легких, мозга и др. Наличие только таких неспецифических признаков, ни о чем конкретно не свидетельствующих, чаще всего не позволяет эксперту решить вопрос о причине смерти. В этих случаях следует применить метод исключения, т. е. попытаться исключить другие возможные причины смерти, провести своего рода дифференциальную диагностику.

Например, при резком торможении автомашины стоявший в кузове пассажир выпал, ударился головой о землю и тут же умер. На вскрытии — кровоизлияние размером 5X4 см в мягких тканях затылочной области, признаки острой смерти. Какие-либо патологические изменения в органах отсутствуют. При гистологическом исследовании каких-либо заболеваний, которые могли бы обусловить наступление смерти, не обнаружено. Результаты судебно-химического исследования крови и мочи на алкоголь отрицательны. Думается, что в данном случае можно исключить скоропостижную смерть от скрытого протекавшего заболевания, смерть от отравления алкоголем и, с учетом твердо установленных обстоятельств дела, прийти к

предположительному выводу о смерти от черепно-мозговой травмы (сотрясение, ушиб) головного мозга. В подобных случаях эксперт рассуждает следующим образом: "В данной ситуации смерть гр-на М. могла наступить либо от заболевания, либо от травмы, либо от отравления алкоголем. Произведенным исследованием трупа гр-на М. установлено, что смерть его наступила не от заболевания и не от отравления алкоголем. Следовательно, с учетом обстоятельств дела можно предполагать, что смерть гр-на М. наступила от травмы — сотрясения (ушиба) головного мозга".

Описанное умозаключение представляет собой разделительно-категорический силлогизм, символическая формула которого такова: "S есть либо P_1), либо P_2), либо P_3) (и т. д.). Но S не есть ни P_1), ни P_3). Следовательно, S есть P_2)".

Если в первой посылке перечислены (т. е. учтены) все возможные в данном случае альтернативы, если все они, кроме какой-то одной, исключены в процессе исследования, то оставшаяся альтернатива и будет той самой, которая необходима в данной ситуации.

С помощью разделительно-категорического силлогизма при соблюдении перечисленных условий достигается достоверное знание. Поэтому по правилам формальной логики вывод делается в категорической форме. Однако следует иметь в виду, что в судебно-медицинской практике при установлении причины смерти методом исключения следует быть очень осторожным в выводах. Едва ли эксперт всегда может быть уверен, что он учел все возможные в данной ситуации причины смерти; не во всех случаях также удастся абсолютно исключить некоторые из учтенных причин. В связи с этим эксперт поступит правильно, изложив свой вывод не в категорической, а в предположительной форме.

Не вызывает сомнения, что при судебно-медицинском исследовании трупа в ситуации, когда о причине смерти ничего не известно, поиск ее может оказаться более успешным, если он будет вестись целенаправленно, по определенному плану. План исследования трупа при решении вопроса о причине смерти может быть примерно таким:

1. При наружном осмотре эксперт должен убедиться в наличии или отсутствии внешних признаков, по которым можно было бы составить предположительное мнение о возможной причине смерти, о воздействии на организм тех или иных факторов внешней среды, о функциональном состоянии той или иной физиологической системы. При этом особое внимание следует обратить на: а) телесные повреждения и их характер; б) признаки воздействия на тело других физических факторов (электрометки, ожоги, обгорание, "поза боксера", "гусиная кожа", поза "зябнувшего человека" и др.); в) на-

ружные признаки механической асфиксии (странгуляционная борозда, ссадины и кровоподтеки на шее, обильные синюшные трупные пятна, синюшность лица, точечные кровоизлияния на конъюнктиве и др.); г) наружные признаки отравления (необычный цвет кожи, трупных пятен, ожоги губ, подбородка химическими веществами и др.); д) признаки патологии какого-то органа или системы (наличие истощения или ожирения, желтухи, отеков, зоба и др.); е) наружные признаки беременности (увеличение живота, пигментация сосков и белой линии живота, наличие молозива и др.).

2. При обнаружении каких-то из перечисленных признаков нужно решить два вопроса: а) какие изменения (признаки) можно ожидать при внутреннем исследовании трупа; б) какой порядок внутреннего исследования трупа в данном случае наиболее целесообразен, какие методы исследования и пробы следует применить.

Например, при установлении признаков беременности, следов внутривенных инъекций, либо в случаях, когда смерть наступила во время медицинских процедур, связанных с введением жидкостей или воздуха, необходимо начать вскрытие с пробы на воздушную эмболию. При внезапно наступившей смерти (особенно у детей), наличии признаков, свидетельствующих о возможности обтурационной асфиксии, — до извлечения внутренних органов вскрыть переднюю стенку гортани, трахеи, главных бронхов и осмотреть просветы дыхательных путей. При обнаружении переломов ребер (на ощупь), подкожной эмфиземы следует провести пробу на пневмоторакс. При признаках внутричерепной патологии — анизокории, резком подошвенном сгибании стоп, переполненном мочевом пузыре (определяется перкуторно) или черепно-мозговой травме внутреннее исследование целесообразнее начать с полости черепа. Если обнаруживаются признаки отравления, дальнейшее исследование трупа нужно производить в порядке, предусмотренном соответствующими правилами.

3. Провести тщательное и полное внутреннее исследование; при этом особое внимание обратить на наличие или отсутствие ожидаемых признаков.

4. Наличие предсказанных признаков обычно свидетельствует о том, что эксперт рассуждал правильно, и подтверждает предполагаемую причину смерти.

5. При отсутствии предсказанных признаков эксперт должен оценить обнаруженные неожиданные признаки — достаточны ли они для решения вопроса о причине смерти.

Например, при наружном осмотре трупа женщины были обнаружены множественные ссадины и кровоподтеки на лице, туловище, конечностях.

Можно было ожидать, что при внутреннем исследовании будут обнаружены более серьезные повреждения. В действительности же при внутреннем исследовании новых повреждений выявлено не было, но были обнаружены резко выраженная жировая дистрофия печени, слизь в желудке и запах хлорофоса от полостей и внутренних органов трупа. Химическим исследованием в органах обнаружен хлорофос.

6. Если признаков, обнаруженных при наружном и внутреннем исследованиях, окажется недостаточно для уверенного вывода о причине смерти, — решить вопрос о необходимости дополнительных исследований: химического, гистологического и др.

7. С учетом результатов дополнительных исследований решить вопрос о причине смерти: а) в категорической (утвердительной) форме; б) в предположительной форме; в) либо прийти к выводу о невозможности решения этого вопроса в данном случае.

Безусловно, нами представлена упрощенная схема, в реальной жизни все обстоит сложнее. Но чтобы понять сложное, надо начинать с простого.

Мы не рассматриваем здесь особенности выяснения вопросов о характере заболеваний или повреждений, о механизме травмы и др. Представляется, что основные принципы экспертного решения этих вопросов должны быть в общих чертах сходными с принципами определения причины смерти.

Думается, что дальнейшее совершенствование судебно-медицинской, и в первую очередь танатологической, диагностики будет идти по двум основным направлениям: а) обнаружение новых ценных (безусловно и условно достаточных) признаков, совершенствование методик исследования и обнаружения этих признаков. Например, до сравнительно недавнего времени мы не располагали сколько-нибудь убедительными признаками утопления в случаях исследования загнивших трупов. Изучение закономерностей проникновения планктона во внутренние органы утопленников и разработка методик обнаружения планктона вооружили экспертов ценным признаком для диагностики утопления при исследовании загнивших трупов; б) совершенствование способов оценки признаков, особенно неспецифических. Вероятно, мы научимся выражать ценность признаков не только качественными, но и количественными критериями. Тогда на смену весьма приблизительной качественной оценки придет их точная количественная оценка. Возможно, что для решения ряда вопросов и для обоснования экспертных выводов будут шире применяться методы математики.

Крайне желательно также, чтобы в учебниках, руководствах, монографиях, освещающих вопросы судебно-медицинской диаг-

ностики, указывались не вообще признаки того или иного состояния объекта (определенная причина смерти, прижизненность или посмертность повреждений, давность нанесения травмы и т. д.), но и диагностическая ценность каждого признака, чтобы были четко обозначены условия, при которых возможен тот или иной конкретный экспертный вывод.

СОСТАВЛЕНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ

Как уже отмечалось, каждая судебно-медицинская экспертиза состоит из двух, хотя и взаимосвязанных, но все же отдельных этапов: а) непосредственного исследования объекта с фиксацией полученных результатов в протокольной части документа судебно-медицинской экспертизы и б) составления судебно-медицинского заключения. Этот второй, завершающий, этап экспертизы — написание экспертного заключения — является не менее важным, чем процесс непосредственного исследования объекта. Да и само исследование в конечном счете производится лишь для того, чтобы эксперт мог в определенной процессуальной форме — в форме экспертного заключения — дать ответы на поставленные вопросы.

Однако если методика экспертного исследования различных объектов и отражение полученных результатов (составление описательной части документа судебно-медицинской экспертизы) разработаны в общем достаточно подробно и регламентированы специальными "Правилами"¹⁾, а также многочисленными методическими пособиями и указаниями, то вопросы технологии формирования судебно-медицинских заключений до сих пор остаются менее освещенными. Думается, что такое положение возникло не случайно. По-видимому, именно сложность, многогранность проблемы являются главной причиной того, что до сих пор не сформулированы основные правила, принципы построения судебно-медицинского заключения, не создана теория заключения.

Не вызывает сомнения, что научный подход к составлению заключения должен был начаться с формулирования общих требований к заключению. По-видимому, такие требования были впервые сформулированы в известном "Наставлении врачам при судебном осмотре и вскрытии мертвых тел" (1829), где о судебно-медицинском заключении (мнении) написано: "Потом следует мнение, основанное на том, что действительно при вскрытии тела найдено, согласно правилам судебно-медицинским. Мнение сие должно быть

1) См., например, "Правила судебно-медицинского исследования трупов" (1928), "Правила судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы" (1966), "Правила судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин" (1968), "Правила судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств" (1956).

подтверждаемо достаточными и ясными доказательствами, согласно правилам анатомии, физиологии, патологии и химии, не менее того и здравым суждением и заключением, основанным, если можно, на несомненных опытах и наблюдениях классических по сему предмету авторов. Однако же, хотя сравнение с другими подобными случаями, в сочинениях судебно-медицинских найденными, и весьма полезно, но оно не должно быть принимаемо основанием и достаточным доказательством, а служить только может к подкреплению заключения. Поелику открытие истины составляет главный предмет стараний судебного врача, то при составлении осмотра обязан он различать то, что никакому сомнению не подлежит, от того, что только вероятно. По сему он должен в сомнительных случаях, где обстоятельства дела не совершенно открыты, лучше признаться в невозможности произвести решительное заключение, нежели затмевать и запутывать дело неосновательным мнением".

Замечательно, что уже в этом документе нашли отражение важнейшие требования к судебно-медицинскому заключению: оно должно быть истинным, должно вытекать из произведенного исследования, быть понятно обоснованным и согласовываться с правилами логики; указано на необходимость разграничивать достоверно и вероятно знания, выражено отрицательное отношение к выводам по аналогии, рекомендовано в сомнительных случаях лучше признаться в невозможности разрешить поставленный вопрос, чем излагать недостоверные выводы. Безусловно, выделение таких требований стало возможным лишь на основе обобщения имевшейся экспертной практики. Позднее эти требования в той же самой формулировке были целиком перенесены в Устав судебной медицины (1842).

Если обратиться к действующим в настоящее время официальным документам о составлении судебно-медицинских заключений ("Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР" 1952 г.; Инструкция "О работе судебно-медицинских экспертных комиссий бюро судебно-медицинских экспертиз", 1959), то мы увидим, что в них в общих чертах провозглашены те же требования. Новым является лишь прямое указание на то, что заключение должно содержать ответы как на поставленные, так и на другие, имеющие значение для дела, вопросы.

Наличие сформулированных общих требований к судебно-медицинскому заключению является необходимой предпосылкой для успешной работы судебно-медицинских экспертов по составлению заключений. Однако сами по себе эти требования лишь определяют, как и м должно быть готовое заключение, но не объясняют, как его написать.

В исследовании проблемы "Как писать заключение?" можно выделить несколько основных этапов. Первый этап — разработка и предложение образцов-примеров судебно-медицинских заключений. Такие образцы приведены во многих методических пособиях, посвященных различным видам судебно-медицинских экспертиз (работы А.И.Законова, 1948; В.Я.Карякина, 1955; И.В.Скопина, 1955; М.А.Файна, 1955, 1966; Н.А.Цветаевой, 1955, 1966; С.В.Шершавкина, Л.Е.Полушкиной, 1959; А.А.Сердюкова, 1963; Н.И.Асафьевой, 1966; В.В.Козлова, 1966; И.А.Трынкиной, 1966; В.С.Житкова, 1969; И.З.Дынкиной, 1970; А.П.Загрядской и др., 1974; В.И.Акопова и др., 1976 и др.).

Несомненно, что разработанные и предложенные образцы способствовали и еще будут способствовать совершенствованию судебно-медицинских заключений. Однако повседневная экспертная практика настолько богата и многообразна, что заготовить примеры на все случаи жизни невозможно. В связи с этим попытки создать принципиальные схемы заключений по отдельным видам судебно-медицинских экспертиз представляли собой качественно новый этап этой проблемы. Такие схемы заключений были предложены при судебно-медицинском исследовании трупов М.И.Райским (1953), при экспертизе тяжести телесных повреждений М.И.Авдеевым ("Правила определения степени тяжести телесных повреждений", 1961). А.Р.Деньковский и соавт. (1970) разработали схемы экспертных заключений при некоторых причинах смерти (заболевания, повреждения различными видами орудий, механическая асфиксия, отравления и др.), Л.М.Бедрин и соавт. (1975) — в случаях скоропостижной смерти от ишемической болезни сердца. Нами (1974) рекомендована схема судебно-медицинского заключения при экспертизе правильности действий медицинских работников. Хотя предложенные схемы и иллюстрировались примерными вариантами заключений, думается, что главными в упомянутых работах были все же не образцы отдельных заключений, а их обобщенные схемы. Рекомендованные схемы определяли самую общую, наиболее целесообразную в подавляющем большинстве случаев, структуру заключения. В этом их ценность. Вместе с тем они не решали и не могли решать всех проблем составления заключений.

В связи с этим разрабатывались и отдельные, более или менее частные, вопросы формирования судебно-медицинского заключения. Так, вопросы написания экспертного вывода о причине смерти рассматриваются в работах М.И.Касьянова (1956), В.И.Воскобойникова (1959), А.И.Законова (1959), Л.Н.Наместниковой (1965). Составлению заключений о степени тяжести телесных повреждений с неопределившимся исходом посвящена работа М.И.Авдеева (1962).

Л.М.Бедрин и А.С.Литвак (1974) не только рассматривают вопросы построения выводов эксперта при исследовании трупа, но, и это особенно важно, приводят примеры обоснования этих выводов. К сожалению, авторы не раскрывают общих правил аргументации выводов эксперта.

Все перечисленные и подобные им исследования являются важными и необходимыми. Каждое из них способствовало решению того или иного вопроса в сложной проблеме составления судебно-медицинских заключений. Однако проблема эта ввиду ее сложности требует комплексного, всестороннего подхода к ее решению.

Первая, и пока единственная, на наш взгляд, попытка такого комплексного разрешения вопросов построения экспертного заключения сделана В.Б.Богуславским (1969). По мнению автора, узловыми вопросами методики формирования заключения судебно-медицинской экспертизы являются:

”а) определение объема необходимой экспертной информации, которая должна быть приведена в заключении;

б) установление критериев степени достоверности фактических данных, на основании которых делаются экспертные выводы;

в) методы научного экспертного объяснения фактических данных, добытых в процессе судебно-медицинского экспертного исследования”.

В.Б.Богуславский считает, что в заключении к акту судебно-медицинской экспертизы должна содержаться следующая информация: суммарная характеристика установленных в процессе экспертизы фактических данных ”с указанием субъекта экспертизы и видов произведенных экспертных исследований”, ответы на поставленные вопросы (экспертные выводы) и на другие вопросы, которые, по мнению эксперта, могут иметь значение для суда и следствия (”дополнительные экспертные выводы”, по терминологии автора). Вместе с тем В.Б.Богуславский предлагает в заключении акта судебно-медицинской экспертизы указывать фамилию эксперта, основание для производства экспертизы, вопросы, поставленные перед экспертом.

В поднятом В.Б.Богуславским вопросе об объеме информации, которая должна содержаться в экспертном заключении, следует различать два аспекта: существенный и формальный. Когда речь идет о том, что в заключении, кроме прямых ответов на поставленные и на другие, имеющие значение для следствия, вопросы, должны быть отражены и основные фактические данные, полученные в процессе экспертного исследования, это относится к существу дела. Представляется, что с этими предложениями автора можно согласиться, но при одном условии: приведение в заключении полу-

ченных при исследовании основных фактических данных должно быть не самоцелью, а средством обоснования выводов эксперта. Без этого условия повторение в заключении "фактических данных" теряет смысл. Вместе с тем хотелось бы заметить, что при составлении каждого конкретного заключения эксперт всякий раз определяет для себя объем и структуру ответа на каждый поставленный вопрос, решает, на какие вопросы необходимо ответить по своей инициативе, как ответить и в каком объеме. Эту сторону проблемы автор не рассматривает.

Остальная часть предложений В.Б.Богуславского (указывать в заключении фамилию эксперта, основание для производства экспертизы, вопросы, поставленные перед экспертом) относится к формальной стороне дела, поэтому мы ее касаться не будем.

Второй важный вопрос, поднятый В.Б.Богуславским, — вопрос о вероятности и достоверности экспертных выводов, о критериях вероятного и достоверного знания. Однако предложения автора разделять судебно-медицинские диагностические признаки на вероятные и достоверные по "способу их получения (или выявления) и фиксации" не являются достаточно убедительными. Придерживаясь этих рекомендаций, мы должны были бы, например, обнаруженные при исследовании трупа пятна Вишневского считать достоверным признаком в случае их фотографирования и вероятным признаком в случае простого описания в документе экспертизы. Едва ли это правильно.

Касаясь методов "научного экспертного объяснения фактических данных", полученных при экспертном исследовании, В.Б.Богуславский справедливо отмечает, что судебно-медицинская экспертиза представляет собой процесс познания, целью которого является достижение истины; что единственно правильной методологией, обеспечивающей максимальное приближение к истине, является марксистско-ленинский диалектический метод. Как уже отмечалось нами, автор указывает, что при формировании экспертных выводов необходимо соблюдать законы формальной логики, а выбор того или иного "метода умозаключения" определяется в каждом отдельном случае характером экспертного вывода. Однако какие именно формы умозаключений следует применить в той или иной экспертной ситуации, при формировании того или иного экспертного вывода, автор, к сожалению, не показывает.

Таким образом, хотя и не все из выдвинутых В.Б.Богуславским положений могут быть безоговорочно приняты, в целом же сделанная им попытка комплексного, системного рассмотрения вопросов формирования судебно-медицинского заключения представляется нам весьма перспективной и нуждающейся в дальнейшей

разработке.

Представляется, что вся сложная деятельность судебно-медицинского эксперта при составлении заключения может быть схематично представлена в виде четырех основных действий:

1. Установление последовательности изложения экспертных выводов (составление плана заключения).
2. Решение поставленных вопросов по существу.
3. Определение необходимой логической формы и формулирование каждого экспертного вывода.
4. Аргументация выводов.

Оговоримся сразу, что эти действия можно выделить в "чистом" виде лишь весьма условно, схематически. В действительности же они взаимосвязаны и тесно переплетаются между собой. Далеко не всегда перечисленные действия совершаются в той последовательности, в какой они описаны. Нередко окончательный план заключения складывается в процессе работы над ним, после того, как сформулированы и обоснованы ответы на некоторые из поставленных вопросов; разрешение поставленных вопросов необходимо сочетается с анализом аргументов, используемых для обоснования выводов, и с выбором определенной логической формы, в которой следует изложить тот или иной вывод.

И все же уяснение внутреннего механизма экспертной деятельности по составлению заключений, выделение составных элементов этого механизма представляется необходимым, если мы хотим разобраться в причинах и условиях, порождающих экспертные ошибки.

Естественно, что каждому из описанных действий присущи свои особенности, каждое действие совершается по своим специфическим правилам и законам.

О п р е д е л е н и е п о с л е д о в а т е л ь н о с т и и з л о ж е н и я в ы в о д о в — обычно первый, начальный этап работы над заключением. На практике сложились две основные методики составления заключения:

а) эксперт строит свое заключение по типу "вопрос — ответ"; при этом на каждый вопрос дается пунктуальный ответ, и все ответы располагаются в той же последовательности, что и предложенные вопросы;

б) эксперт располагает свои выводы в последовательности, не зависящей от порядка расположения предложенных вопросов, но основанной на внутренней, логически оправданной связи между ответами.

Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки. К преимуществам метода "вопрос — ответ" можно отнести

то обстоятельство, что при составлении заключения отпадает необходимость специально задумываться над порядком изложения выводов, и это может быть в какой-то мере удобным для начинающих экспертов. Практически исключается возможность оставить какой-то вопрос без ответа, например, из-за невнимательности эксперта. П.П.Щеголев (1970), проводивший анализ экспертных заключений по делам о неоказании медицинской помощи, обнаружил, что в 18 заключениях из 67 отсутствовали ответы на некоторые из поставленных вопросов. Причиной этого автор считает использование рекомендованных в литературе либо собственных схем составления заключений. По мнению П.П.Щеголева, "наиболее рациональной формой составления экспертного заключения следует считать изложение в его тексте поставленных вопросов, под каждым из которых указывается ответ экспертной комиссии".

Однако этот метод обладает и существенными недостатками. Психологическая установка на отдельное, изолированное разрешение каждого вопроса приводит к тому, что иногда эксперты "за деревьями не видят леса": заключение теряет цельность, стройность и превращается в набор не связанных между собой, иногда даже противоречащих друг другу экспертных выводов, расположенных в случайной, логически не оправданной последовательности. Нередко ответы повторяются по 2-3 раза и больше. Усложняется обоснование выводов, ибо каждый ответ приходится аргументировать заново. Почти как правило, отсутствуют ответы на не поставленные, но важные для дела вопросы. Как отмечает А.П.Громов (1976), сами экспертные выводы при этом менее понятны для работников органов следствия и суда.

Некоторые эксперты, придерживающиеся указанного метода, видят отдельные его недостатки и пытаются их как-то устранить: объединяют ответы на близкие по смыслу вопросы, вводят ссылки на то, что ответ дан в другом пункте заключения, меняют последовательность отдельных выводов и др. Однако в силу пороков, свойственных самой системе, все эти половинчатые меры неспособны привести к сколько-нибудь существенному улучшению качества заключений.

Приводим пример экспертного заключения, в котором ярко видны недостатки, присущие методу "вопрос — ответ".

У гр-ки С., 33 лет, вечером внезапно возникла рвота, а на следующий день утром был приступ судорог с потерей сознания. Врачом скорой помощи Ц. в 6 ч утра отмечены общее удовлетворительное состояние, жалобы на некоторую слабость, головокружение и потемнение в глазах при попытке встать с постели, бледность кожных покровов. У больной задержка менструа-

ций на 2 мес, соответствующее увеличение матки. Поставлен диагноз: "Беременность 7-8 нед?" Сделана инъекция кофеина, больная оставлена дома. Около 11 ч больную посетил врач неотложной помощи К., который констатировал жалобы на вздутие живота и тупую боль в области пупка, отметил бледность кожных покровов, болезненность при пальпации в нижнем отделе живота, низкое артериальное давление (80/40 мм рт.ст.). Врачом К. диагностирована внематочная беременность, однако больная не госпитализирована. Примерно в 13 ч С. умерла. На вскрытии обнаружен разрыв беременной трубы и 3 л крови в брюшной полости. Заключение экспертов:

Вопрос 1-й: "Каковы причины смерти С.?"

Ответ: "Смерть гр-ки С., 33 лет, последовала от острой кровопотери, развившейся вследствие разрыва беременной трубы".

Вопрос 2-й: "Могла ли врач Ц. при данных конкретных обстоятельствах, с учетом ее медицинской подготовки и занимаемой должности, поставить правильный диагноз?"

Ответ: "По данным представленной медицинской документации и беседы с врачом скорой помощи Ц. на комиссии можно заключить, что в момент осмотра ею больной С. в 6 ч 05 мин убедительных данных о наличии внематочной беременности не было, поэтому врач Ц. поставить диагноз внематочной беременности не могла" (разрядка наша. — И.В.)

Этот вывод не является бесспорным. При наличии беременности ранних сроков появление симптомов, наблюдавшихся у С.: внезапного головокружения, рвоты, потери сознания, слабости, бледности кожных покровов — весьма подозрительно для наступившего разрыва трубы (И.Л.Брауде, Л.С.Персианинов, 1962).

Таким образом, если не было убедительных данных о наличии внематочной беременности, то подумать о ее возможности следовало. А это должно было заставить врача понаблюдать за больной либо транспортировать ее в лечебное учреждение, где были бы обеспечены необходимое наблюдение, своевременная диагностика и соответствующая помощь.

Кроме того, неизвестно, насколько полно было произведено обследование больной. Не указано, производились ли перкуссия живота, бимануальное исследование. Возможно, что данные этих исследований помогли бы врачу поставить правильный диагноз.

Вопрос 3-й: "Чем вызвана неправильная диагностика болезни?"

Ответ: "Врач Ц., осмотрев больную С. в 6 ч, не поставила диагноз внематочной беременности ввиду того, что в начале нарушения этой беременности симптомы заболевания были выражены недостаточно, и правильную диагностику могло облегчить специальное гинекологическое исследование".

Здесь по существу повторяется ответ на предыдущий вопрос и в то же время указывается на необходимость дополнительного специального исследования. Значит, для диагностики не было сделано все возможное! В этом уже намечается некоторое противоречие с предыдущим ответом.

Вопрос 4-й: "Какие неправильные действия (бездействие) были допущены Ц. при данных обстоятельствах?"

Ответ: "Врачом Ц. не были учтены полностью анамнестические данные, не были использованы все диагностические приемы (изменения положения тела больной, перкуссия живота) и не был поставлен вопрос о дальнейшем наблюдении больной в ближайшие часы для уточнения диагноза".

Данный ответ в свою очередь также является в какой-то степени повторением и дальнейшим развитием предыдущего. Одновременно здесь уже отчетливо выявляется противоречие с ответом на 2-й вопрос — нет оснований говорить о невозможности правильной диагностики, если не использованы все диагностические приемы. В ответе на 2-й вопрос допущена логическая ошибка "предвосхищение оснований" — вывод о невозможности поставить правильный диагноз базируется на недоказанном (и сомнительном) положении: "Убедительных данных о наличии внематочной беременности не было".

Вопрос 5-й: "Входила ли в комплекс медицинских мер инъекция кофеина больной при диагнозе "Беременность 7—8 нед"?"

Ответ: "Введение кофеина не было вызвано необходимостью".

Ответ неполный: надо было также ответить и на вопрос о том, наступили ли какие-либо вредные последствия от введения кофеина. Ведь вопрос об ответственности врача за введение непоказанного лекарства зависит и от последствий, которые при этом наступили.

Вопрос 6-й: "Обоснованы ли действия К. с медицинской точки зрения по прибытии к больной С.?"

Ответ: "Действия врача К. с медицинской точки зрения были необоснованными, неправильными и повлекли за собой смерть больной С."

Ответ хотя и верен в общем, но не конкретизирован.

Вопрос 7-й: "Какие неправильные действия (бездействие) были допущены К. при данных обстоятельствах?"

Ответ: "Застав больную С. в 10 ч 55 мин в тяжелом состоянии

с выраженными симптомами внутреннего кровотечения (бледность кожных покровов и слизистых, боли в животе, потеря сознания, резкая слабость, падение артериального давления до 80/40 мм рт.ст.), К. неправильно оценил состояние больной, рассматривая его как удовлетворительное, и, поставив правильный диагноз внематочной беременности, не принял никаких мер к срочной госпитализации больной, тем самым проявив медицинскую безграмотность и бездушие, несовместимые с врачебным долгом. Отказ больной от госпитализации не зарегистрировал в отделе санитарного транспорта".

По существу это конкретизация ответа на предыдущий вопрос.

Вопрос 8-й: "С учетом анализа состояния больной и других обстоятельств дела возможно ли было оказание действенной помощи С. к моменту прибытия Ц. и К.?"

Ответ: "Даже в момент осмотра больной врачом К. (10 ч 55 мин — 11 ч 39 мин) возможно было оказание ей действенной медицинской помощи при условии срочной госпитализации и оперативного вмешательства".

Вопрос 9-й: "Определить во времени, когда наступил разрыв маточной трубы у С.?"

Ответ: "Разрыв трубы у больной С., очевидно, наступил в промежуток времени от 6 ч до 10 ч 50 мин утра".

Попробуем согласиться с этим ответом и допустим, что разрыв трубы произошел в промежуток времени между 6 ч и 10 ч 50 мин. Необходимым следствием из этого будет вывод, что к моменту осмотра больной врачом Ц. (т.е. в 6 ч утра) разрыва трубы могло еще не быть. В таком случае возникает противоречие с ответом на вопрос 3-й, из которого следует, что врач Ц. осматривала больную в момент начавшегося прерывания беременности. В действительности разрыв трубы произошел до 6 ч утра, так как врачом Ц. отмечен ряд начальных признаков прервавшейся внематочной беременности.

Вопрос 10-й: "Имел ли К. право с медицинской точки зрения оставить больную без медицинского наблюдения в тяжелом состоянии с диагнозом "внематочная беременность" одну до прибытия санитарного транспорта?"

Ответ: "Нет, не имел".

По содержанию это продолжение ответа на 7-й вопрос.

В приведенном примере четко выражены характерные недостатки заключений, построенных по типу "вопрос — ответ": отсутствие аргументации, логической стройности заключения, ненужные повторения, противоречия в ответах, неполные ответы на вопросы.

Второй метод составления заключений, когда принимается во внимание не порядок расположения предложенных вопросов, а исключительно содержание их, представляется нам более прогрессивным. Возможно, что процесс овладения этим методом и представит для начинающих экспертов на первых порах некоторые трудности, однако они с лихвой окупаются значительным повышением качества заключений. Состоящее из отдельных выводов заключение читается как единое целое, ибо каждый последующий вывод обоснован и увязан с предыдущими, исключаются повторения, противоречия между ответами. Поскольку ответы не связаны жестко с поставленными вопросами, то и внимание эксперта обращено не столько на букву, сколько на смысл предложенных вопросов. В связи с этим эксперт обычно не оставляет без ответа и такие вопросы, которые могут быть по каким-то причинам не поставлены следователем, но имеют значение для дела.

Представим себе, как могло бы выглядеть заключение в приведенном примере, если его написать с учетом логической связи между экспертными выводами.

С чего следовало бы начать разбираемое заключение? Очевидно, с определения характера заболевания. Вывод о характере заболевания необходимо обосновать, т.е. указать то логическое основание, которое позволит сделать именно этот вывод (в данном случае таким логическим основанием будет результат вскрытия). Здесь же целесообразно дать краткое разъяснение сущности имевшегося заболевания. Поэтому первый пункт заключения можно сформулировать так:

"1. При вскрытии трупа гр-ки С. обнаружены разрыв беременной маточной трубы и 3 л крови в брюшной полости. Следовательно, у гр-ки С. имелась внематочная (трубная) беременность.

При трубной беременности развивающееся плодное яйцо своими ворсинками разрушает тонкую стенку маточной трубы и в конечном итоге вызывает разрыв ее, сопровождающийся обильным внутренним кровотечением. Если не будет оказана соответствующая медицинская помощь, такое кровотечение обычно является смертельным".

Следующее, что должно быть установлено, это время разрыва трубы. От решения этого вопроса зависит оценка действий врача Ц.: если разрыв наступил после посещения врача, то, естественно, Ц. не могла диагностировать внематочную беременность у С.

"2. Внутреннее кровотечение, возникшее при разрыве беременной трубы у гр-ки С., сопровождалось слабостью, головокружением, потемнением

■ глазах при попытке встать с постели, бледностью кожных покровов. Проявление перечисленных симптомов к 6 ч утра . свидетельствует, что разрыв маточной трубы у гр-ки С. произошел до 6 ч утра”.

Итак, установлено, что к моменту приезда врача Ц. у гр-ки С. уже произошел разрыв беременной трубы. Врачом Ц. нарушенная внематочная беременность диагностирована не была. Но была ли объективная возможность диагностировать заболевание?

”3. Врач скорой помощи Ц., отметившая эти симптомы у С. в 6 ч утра и выяснившая, что у больной 2 мес нет менструаций и имеется соответствующее увеличение матки, должна была заподозрить внематочную беременность”.

Как следовало поступить врачу в данном случае? В чем заключались неправильные действия врача?

”4. В связи с тем что это заболевание представляет большую опасность для жизни женщины, больные с подозрением на внематочную беременность подлежат немедленной госпитализации для уточнения диагноза путем дальнейшего наблюдения и дополнительных исследований.

Таким образом, врач Ц. не заподозрила внематочную беременность у гр-ки С., хотя для этого было достаточно оснований, и не госпитализировала больную”.

Врачом Ц. сделана больной инъекция кофеина. Следовательно интересует вопрос о целесообразности этого назначения.

”5. Введение кофеина С. не вызывалось необходимостью, но существенного влияния на состояние больной не оказало”.

Через некоторое время к больной прибыл врач К. Правильны ли были его действия?

”6. Врач неотложной помощи К. около 11 ч правильно диагностировал у С. внематочную беременность. Больные с нарушенной внематочной беременностью нуждаются в неотложной оперативной помощи. Для этого они должны быть госпитализированы без всякого промедления. Однако врач К. мер к срочной госпитализации больной С. не принял”.

Больная не была госпитализирована и умерла дома. Какова причина смерти?

"7. Смерть гр-ки С., 33 лет, наступила от внематочной (трубной) беременности, завершившейся разрывом трубы с последующим обильным кровотечением в брюшную полость".

Была ли возможность спасти жизнь больной при оказании ей необходимой медицинской помощи во время посещения ее врачами Ц. и К.?

"8. Учитывая, что больная С. после посещения врачом К. жила без оказания медицинской помощи еще 2 ч, надо полагать, что при условии госпитализации ее в 11 ч и надлежащего лечения жизнь гр-ки С. могла быть спасена. При оказании медицинской помощи в более ранние сроки вероятность благоприятного исхода была бы значительно выше".

Думается, что сравнение этих заключений свидетельствует не в пользу первого. Заключение, составленное по принципу логически оправданной последовательности экспертных выводов, обладает бесспорными преимуществами перед заключениями, написанными по методу "вопрос — ответ".

Какие же вопросы должны быть разрешены в заключении и в какой последовательности должны быть изложены ответы на них?

Круг вопросов, разрешаемых обычно при каждом определенном виде судебно-медицинских экспертиз, общеизвестен. Эти вопросы приведены в учебниках, руководствах, методических пособиях, и повторять их нет необходимости. В постановлениях о назначении экспертизы также обычно содержатся вопросы из этого же перечня. Таким образом, установление круга вопросов, подлежащих освещению в заключении, трудностей, как правило, не вызывает. Если же в связи с особыми обстоятельствами дела эксперту, кроме обычно разрешаемых, будут предложены и другие вопросы, относящиеся к его компетенции, то должны быть разрешены и они.

При определении последовательности изложения экспертных выводов надо исходить из того, что среди подлежащих выяснению вопросов обычно имеются один или несколько таких, от разрешения которых зависят ответы на другие вопросы. С разрешения такого узлового, или ключевого, вопроса и следует начинать заключение.

Например, при экспертизе тяжести телесных повреждений у живых лиц ключевым будет вопрос о характере телесных повреждений. Не определив, какие повреждения имеются у потерпевшего, нельзя решить вопросы о давности их нанесения, степени тяжести, механизме травмы и об орудии, которым они нанесены. При отсутствии у свидетельствуемого телесных повреждений остальные вопросы вообще отпадают. Поэтому в заключении первым должен быть

вывод о характере нанесенных потерпевшему повреждений, а остальные выводы, связанные с первым и зависящие от него, излагаются во вторую очередь. Поскольку выводы о механизме травмы, давности повреждений и степени их тяжести практически не связаны между собой и друг от друга не зависят, их можно расположить в любой последовательности в пп. 2, 3 и 4 заключения. Схема такого заключения рекомендована "Правилами определения степени тяжести телесных повреждений", утвержденными Министерством здравоохранения РСФСР (1961):

1. Характер телесных повреждений.
2. Их давность.
3. Механизм возникновения повреждений, а также орудие или средство, которым они причинены.
4. Степень тяжести телесных повреждений.

При судебно-медицинской экспертизе потерпевшей в случаях изнасилования узловым вопросом является вопрос о совершении полового акта. Если он решается положительно, то определяют давность полового сношения, наличие следов насилия, их давность и возможность происхождения, достижение половой зрелости потерпевшей (при необходимости) и др. Заключение в этом случае может быть составлено по такой схеме:

1. Вывод о наличии или отсутствии факта полового сношения.
2. Давность полового сношения.
3. Наличие следов насилия, их давность и возможное происхождение.
4. Достижение половой зрелости (при необходимости).
5. Другие вопросы.

При судебно-медицинской экспертизе трудоспособности узловым вопросом является выяснение характера дефекта, имеющегося у потерпевшего в момент освидетельствования и влекущего утрату тех или иных функций (т.е. установление клинического и функционального диагнозов). Схема заключения:

1. Характер имеющегося дефекта.
2. Связь настоящего состояния с конкретной травмой.
3. Степень утраты трудоспособности.
4. Срок переосвидетельствования.

В числе вопросов, разрешаемых при судебно-медицинском исследовании трупов, имеется несколько узловых. Это прежде всего вопрос об основных характерных особенностях, изменениях, признаках, обнаруженных при исследовании трупа (этот вопрос, как правило, в постановлении отдельно не ставится, но экспертом обычно разрешается в форме судебно-медицинского диагноза). Сформулированный диагноз предопределяет последующие выводы о причи-

не смерти, наличии или отсутствии механических повреждений, заболеваний, о действии химических или физических факторов. В свою очередь разрешение перечисленных вопросов дает основание для ряда других экспертных выводов. В настоящее время, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР № 877 от 10/Х 1976 г., диагноз выделен в самостоятельный раздел, предшествующий заключению.

Поскольку вывод о причине смерти является одним из важнейших при судебно-медицинском исследовании трупа, с него в большинстве случаев и целесообразно начинать заключение. Вместе с тем установление причины смерти тесно связано с решением вопросов о наличии или отсутствии заболеваний, наличии или отсутствии воздействия на организм механических, физических или химических факторов, а также с выяснением наличия или отсутствия причинной связи между имевшимися заболеваниями или воздействием факторов внешней среды и смертельным исходом. Таким образом, вывод о причине смерти одновременно представляет собой и вывод о наличии либо каких-то заболеваний, либо воздействий определенных факторов внешней среды.

Если причиной смерти было заболевание (ненасильственная смерть), то в следующих пунктах заключения необходимо отразить, имеются ли на трупе следы воздействия факторов внешней среды, их прижизненность или посмертность, давность, возможное происхождение, влияние на смертельный исход и др. в зависимости от обстоятельств. Как правило, здесь должны найти отражение выводы о наличии или отсутствии телесных повреждений (а также по возможности обо всем, что связано с ними) и об употреблении алкоголя. Таким образом, принципиальная схема судебно-медицинского заключения в случаях ненасильственной смерти такова:

1. Причина смерти и основные этапы танатогенеза.
2. Наличие и характер телесных повреждений.
3. Употребление алкоголя.

Для заключений в случаях насильственной смерти от механической асфиксии, действия физических или химических факторов внешней среды сохраняется та же принципиальная схема с учетом следующих изменений:

- а) в п. 2 при действии физических или некоторых химических факторов следует отразить не вообще телесные (например, ожоги, отморожения, электрометки), а только механические повреждения;
- б) заключение необходимо дополнить п. 4 о наличии и характере имевшихся заболеваний, их влиянии на смертельный исход;
- в) в случаях смерти от отравления алкоголем или его суррогатами отпадает надобность в специальном выводе об употребле-

нии алкоголя, поэтому в п. 3 излагается вывод об имевшихся заболеваниях.

В случаях насильственной смерти от механических повреждений после вывода о причине смерти разрешаются вопросы о характере действовавшего орудия (тупое, острое, огнестрельное, транспортное средство и др.), механизме травмы (в каком направлении и в какой последовательности наносились удары, выстрелы, с какого расстояния и др.), положении потерпевшего в момент травмы, возможности выполнения целенаправленных действий и продолжительности жизни после травмы, давности наступления смерти, употреблении алкоголя и др. Принципиальная схема заключения при смерти от механических повреждений представляется такой:¹⁾

1. Причина смерти и основные этапы танатогенеза.
2. Орудие или средство, которым причинены повреждения, и механизм возникновения повреждений.
3. Положение потерпевшего в момент травмы.
4. Продолжительность жизни после полученных повреждений.
5. Возможность выполнения целенаправленных действий после травмы.
6. Давность наступления смерти.
7. Наличие и характер заболеваний, которыми страдал умерший.
8. Употребление алкоголя.
9. Другие вопросы.

При исследовании трупов новорожденных узловым будет вопрос о новорожденности. От разрешения этого вопроса в известной мере зависят последующие выводы о продолжительности внутриутробной жизни младенца (доношенности или недоношенности), жизнеспособности, живо- или мертворожденности, продолжительности внеутробной жизни. Далее целесообразно осветить вопрос о характере имеющихся повреждений, их прижизненности и возможном происхождении, после чего следуют экспертные выводы о причине смерти и ее давности. Таким образом, принципиальная схема заключения представляется следующей:

1. Вывод о новорожденности.
2. Вывод о доношенности или недоношенности (о продолжительности внутриутробной жизни).

¹⁾ Эта схема, как и схема заключения в случаях ненасильственной смерти, предложена М.И.Райским (1953); нами внесены лишь незначительные изменения и дополнения.

3. Вывод о жизнеспособности.
4. Вывод о живо- или мертворожденности.
5. Вывод о продолжительности внеутробной жизни младенца.
6. Вывод о характере имеющихся повреждений, их прижизненности и возможном происхождении.
7. Вывод о причине смерти.
8. Вывод о давности смерти.
9. Другие выводы.

При судебно-медицинской экспертизе вещественных доказательств с пятнами, подозрительными на кровь, первым решается вопрос о наличии крови, так как в случае, если кровь не обнаружена, нельзя решить вопросы о ее принадлежности. Установление наличия крови дает возможности перейти к определению ее видовой принадлежности, а в случае обнаружения крови человека — приступить к выяснению ее групповой характеристики. Далее уместен вывод о групповых характеристиках крови потерпевшего и обвиняемого, после чего может быть решен главный вопрос — исключается или не исключается принадлежность крови на вещественном доказательстве определенному лицу. Заключение может быть составлено по такой схеме:

1. Наличие крови на вещественном доказательстве.
2. Видовая принадлежность крови на вещественном доказательстве.
3. Групповая характеристика крови на вещественном доказательстве.
4. Групповая характеристика крови потерпевшего и обвиняемого.
5. Вывод об исключении (не исключении) принадлежности крови на вещественном доказательстве определенному лицу.

При экспертизе правильности действий медицинских работников целесообразна следующая принципиальная схема заключения (И.Г.Вермель, 1974):

1. Характер заболевания, повреждения.
2. Правильность и своевременность диагностики.
3. Возможность правильной диагностики, полнота обследования.
4. Правильность лечения.
5. Последствия неправильного лечения.
6. Причина смерти.
7. Возможность спасения жизни.

Если выясняется, что действия медицинских работников в отношении лиц, оставшихся в живых, были правильными, то первые пять пунктов заключения сохраняются без изменений, а дальше

устанавливается:

6. Состояние здоровья (или трудоспособности) в настоящее время.

7. Возможность выздоровления без дефектов.

Таковы, на наш взгляд, принципиальные схемы заключений по некоторым видам судебно-медицинских экспертиз. В заключение хотелось бы отметить, что схемами предусмотрены лишь основные, обычно разрешаемые экспертами вопросы и наиболее целесообразная последовательность ответов на них. Вместе с тем вполне возможны ситуации, когда необходимость разрешить некоторые из предусмотренных схемой вопросов отпадает (например, если время наступления смерти точно известно и вопрос этот перед экспертом не ставится, а состояние трупных явлений не исключает наступления смерти в указанное время, вывод о давности наступления смерти может быть опущен). И, наоборот, иногда возникает необходимость в разрешении новых, дополнительных вопросов. В некоторых случаях может оказаться целесообразным несколько изменить рекомендованную последовательность изложения выводов. Таким образом, отношение к предложенным схемам должно быть не догматическим, а творческим.

Определив последовательность изложения выводов, т.е. наметив план заключения, эксперт приступает к разрешению вопросов, имеющих значение по делу. Строго говоря, сам процесс экспертного разрешения вопросов начинается раньше: с уяснения целей экспертизы (уяснения смысла предложенных вопросов, выбора рационального плана и необходимых методов исследования. Он продолжается в ходе проводимого исследования, когда выявляются те или иные особенности, изменения, признаки объекта. Завершается этот процесс всесторонней оценкой данных, обнаруженных при исследовании. Только проанализировав все выявленные данные, дав им всестороннюю оценку, эксперт может прийти к правильному выводу. Сам "механизм" экспертного решения вопроса сводится, как уже отмечалось, к выяснению принадлежности или непринадлежности объекта (предмета) исследования определенному множеству. Особенности этого процесса рассмотрены в предыдущей главе.

Решив поставленный вопрос, эксперт должен определить ту логическую форму, в которой следует изложить свой вывод. Выбор логической формы зависит, с одной стороны, от характера объективно существующей связи между субъектом и предикатом суждения (т.е. между объектом либо предметом исследования и тем или иным определенным множеством), с другой — от нашего знания об этой связи. Основные виды суждений, использу-

емые при формировании выводов судебно-медицинского эксперта, и типичные ситуации, в которых должны применяться те или иные виды суждений, рассмотрены в главе V.

Несколько слов о формулировке экспертных выводов. В какой бы логической форме этот вывод ни излагался, он всегда должен быть четким, ясным и по возможности кратким. "Поскольку заключение эксперта может быть зачитано на судебном следствии, это заключение необходимо так составлять, чтобы оно было понятно не только судье, прокурору и защитнику, но и обвиняемому, его родственникам и всем присутствующим на суде" (В.И.Воскобойников, 1959). Оно должно быть написано так, чтобы читающие его следователь, прокурор, защитник, судья не могли не понять его (П.С.Пороховщиков). Всякая возможность разного толкования экспертного вывода, любые противоречия в заключении должны быть полностью исключены. Вероятно, не секрет, что далеко не каждое судебно-медицинское заключение удовлетворяет этим требованиям. К сожалению, приходится констатировать, что иногда в методических пособиях предлагают недостаточно продуманные и не свободные от серьезных недостатков образцы судебно-медицинских заключений. Позволим себе привести лишь один пример из в общем весьма ценного, на наш взгляд, учебно-методического пособия для студентов и врачей-терапевтов "Судебно-медицинская диагностика скоропостижной смерти от ишемической болезни сердца" (1975). Экспертному заключению предпослан следующий диагноз:

Основное заболевание: острая ишемическая болезнь сердца. Острый свежий трансмуральный инфаркт задней стенки и верхушки левого желудочка, пристеночный тромбоз левого желудочка сердца. Коронарный атеросклероз (II стадия 3-4-й степени) со стенозом единственной бляшкой передней межжелудочковой артерии и обтурирующим ее тромбом.

Осложнения: атеросклероз (II стадия 1-2-й степени) и тромбоэмболия правой средней мозговой артерии. Инфаркт ишемический с участком размягчения височной доли правого полушария головного мозга. Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: язвенный атеросклероз (III-IV стадия, 5-я степень) брюшного отдела аорты, застойное полнокровие внутренних органов".

В этом диагнозе вызывают недоумение два момента: каким образом атеросклероз "II стадии 1-2-й степени" стал осложнением острой ишемической болезни сердца и почему застойное полнокровие внутренних органов возведено в ранг сопутствующих заболеваний, а не считается проявлением сердечной недостаточности? Ответ-

та читатель не находит.

Заключение составлено так:

"1. Гр-ка Н., 63 лет, при жизни страдала заболеванием сердечно-сосудистой системы — острой ишемической болезнью сердца, выразившейся в расстройстве питания мышцы сердца. Это заболевание впервые возникло у нее остро в срок менее чем за 8 нед до момента смерти и проявилось образованием очага омертвения (инфаркта) мышцы сердца в задней стенке и верхушке левого желудочка. Это подтверждается наличием в толще мышцы задней стенки и в верхушке левого желудочка сердца очага размягчения мышцы, отличающегося серо-желтым цветом, малокровием, тусклостью и имеющего вид вареного мяса. Этот очаг, проникая до внутренней оболочки полости левого желудочка, распространяется и до наружной оболочки сердца, занимая участок площадью 4х6 см, отграниченный от окружающих мышечных пучков поясом темно-красных округлых кровоизлияний диаметром до 0,3 см, шириной до 0,6 см".

Поскольку надо полагать, что морфологические изменения сердца подробно описаны в протокольной части документа, то имеет ли смысл повторять эти описания в заключении? Во-вторых, обнаруженные заболевания уже перечислены в "диагнозе" и повторять их еще раз незачем.

"2. Данная форма (вариант) ишемической болезни сердца являлась главной (основной) причиной смерти гр-ки Н. Она развилась вследствие поражения сосудов, снабжающих сердце кровью, болезненным процессом — атеросклерозом, который вызвал сужение просвета передней (нисходящей) межжелудочковой артерии и закупорку ее свертком крови — тромбом.

3. Развитие очага омертвения в мышце сердца послужило непосредственной причиной смерти гр-ки Н. в связи с острыми, быстро возникшими расстройствами кровообращения внутренних органов"

По поводу двух последних пунктов заключения хотелось бы сделать следующие замечания. Представим себе, что следователю в данном случае нужно вынести постановление об отказе в возбуждении уголовного дела. В качестве основания для отказа он обычно приводит выдержку из экспертного заключения, где сформулирована причина смерти. Что сможет извлечь следователь из этого заключения? Что "данная форма (вариант) ишемической болезни сердца являлась главной (основной) причиной смерти гр-ки Н.". Какая именно данная форма (вариант)? Если вернуться к первому пункту заключения, то с некоторым трудом можно уяснить, что "острая ишемическая болезнь сердца . . . проявилась образованием" инфаркта миокарда. Итак, надо думать, что формой

ишемической болезни в данном случае был инфаркт миокарда. Но сумеет ли следователь самостоятельно сделать такой вывод? Его ли это дело? А может быть, стоило в заключении прямо написать, что "смерть наступила от инфаркта миокарда"?

Не лучше обстоит дело и с непосредственной причиной смерти. Выясняется, что ею "послужило развитие очага омертвления в мышце сердца". Но ведь это тот же самый инфаркт миокарда! Если же инфаркт миокарда явился в данном случае одновременно и основной и непосредственной причиной смерти, то стоит ли их в этом заключении разделять и вносить лишнюю путаницу? Судебно-медицинскому эксперту, безусловно, надо иметь ясное представление об основной и непосредственной причинах смерти, но можем ли мы требовать того же от юристов? Может быть, правильнее было бы так изложить экспертный вывод, чтобы основная и непосредственная причины смерти (без специального их выделения) входили в одну общую формулировку? Например: "Смерть гр-ки Н. наступила от инфаркта миокарда (участка омертвления сердечной мышцы), обусловленного тромбозом (закупоркой) одной из пораженных атеросклерозом венечных артерий сердца и повлекшего развитие острой сердечной недостаточности". Конечно же, могут быть и другие варианты экспертного вывода о причине смерти.

"4. Помимо венечных сосудов сердца, у гр-ки Н. атеросклерозом были поражены также аорта и сосуды основания головного мозга, причем тяжесть атеросклеротического процесса в них выше, чем в сосудах сердца. Вследствие атеросклеротического изменения правой средней мозговой артерии и закупорки ее подвижным свертком крови (тромбом) у Н. развилось нарушение кровообращения, омертвление (инфаркт) и размягчение вещества височной доли правого полушария головного мозга. Возникновение этого участка малокровия (ишемического инфаркта) в мозге, возможно, способствовало развитию тромбоза (закупорки) сосуда сердца и инфаркту (омертвлению) в мышце сердца".

Судя по диагнозу, тромбозомия правой средней мозговой артерии с ишемическим инфарктом мозга является осложнением острой ишемической болезни сердца. В заключении же проводится мысль, что расстройства мозгового кровообращения и инфаркт миокарда. Допустимо ли такое противоречие?

"5. Отек головного мозга и застойное полнокровие внутренних органов явились следствием общих нарушений кровотока в сосудах всего тела и слабости сердечных сокращений".

Сам по себе этот пункт возражений не вызывает, но он тоже противоречит диагнозу, поскольку выясняется, что "застойное полнокровие внутренних органов" связано с общими расстройствами кровообращения (обусловленными инфарктом миокарда) и не является сопутствующим заболеванием.

Нет необходимости цитировать остальные пункты заключения. В целом же приведенное заключение является многословным, не во всем последовательным, содержащим недостаточно продуманные и недостаточно четкие формулировки. Все это затрудняет его понимание.

Сформулировав свой вывод, эксперт должен его обосновать. Обязательность мотивировки экспертных выводов определена "Инструкцией о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР" (1952), поэтому сам по себе вопрос особых дискуссий не вызывает. Однако на практике судебно-медицинские эксперты часто не затрудняют себя составлением мотивированных выводов, на что в нашей литературе уже обращали внимание И.З.Дынкина (1967) и О.Х.Поркшеян (1967). Одной из причин этого О.Х.Поркшеян считает отсутствие в схемах, предполагаемых для составления судебно-медицинских заключений, рекомендаций, как обосновать экспертные выводы.

Значение аргументации заключается не только в том, что экспертные выводы становятся убедительными для следователя и суда. Строгое обоснование выводов позволяет самому эксперту избрать соответствующую данному случаю логическую форму ответа и избежать многих ошибок. Работа над обоснованием ответов является своеобразным способом самоконтроля для эксперта. Она неизбежно связана с повторной оценкой экспертом своих выводов и проверкой избранной логической формы.

Естественно, из сказанного не следует, что на предыдущих этапах работы эксперт не задумывается над аргументами. Конечно же, и само решение поставленных вопросов, и поиск необходимой логической формы невозможны без учета и анализа имеющихся аргументов. С такого анализа, проводимого обычно в уме, по существу и начинается работа над формированием выводов. Однако при составлении письменного ответа эксперт повторно оценивает имеющиеся аргументы и еще раз проверяет правильность выводов и точность их формулировок.

С логической точки зрения аргументация ответов представляет собой процесс доказательства выдвигаемых экспертом положений, т.е. его выводов. Доказательство должно производиться по общим правилам, изучаемым логикой (В.Ф.Асмус, 1954). Аргументами, доказывающими истинность вывода судебно-

медицинского эксперта, чаще всего являются те диагностические признаки, которые были обнаружены экспертом при исследовании объекта. В качестве аргументов могут быть использованы также общественные положения, законы науки, уже доказанные экспертные выводы и др. В связи с этим вывод обычно обосновывают, ссылаясь на обнаруженные диагностические признаки или на установленные ранее и известные в медицине положения.

Рассмотрим некоторые примеры аргументации экспертных выводов: "После полученной травмы потерпевший самостоятельно передвигаться не мог, так как размозжение шейного отдела спинного мозга влечет за собой паралич конечностей"; "Выстрел произведен в упор, о чем свидетельствуют отпечаток дульного среза вокруг входного отверстия, копоть в раневом канале и карбоксигемоглобин в крови, заполняющей отдел раневого канала"; "Судя по сочной, неподсохшей пуповине, сыровидной смазке на теле, родовой опухоли в мягких тканях головы и меконию в толстом кишечнике, ребенок был новорожденным"; "Положительный результат, полученный при плавательных пробах (легкие, желудочно-кишечный тракт), при отсутствии на трупе гнилостных явлений дает основание утверждать, что ребенок родился живым"; "Причиненная травма — проникающее колото-резаное ранение живота — относится к тяжким телесным повреждениям, поскольку она опасна для жизни"; "Поскольку групповые характеристики крови гр-на Д. и крови на вещественном доказательстве совпали, возможность принадлежности крови на вещественном доказательстве гр-ну Д. не исключается"; "Судя по размерам бедренных костей, можно полагать, что неопознанный гражданин, труп которого подвергся расчленению, был ростом примерно 170—175 см" и др.

Анализ приведенных примеров показывает, что хотя по своей грамматической форме обоснование экспертных выводов может быть весьма разнообразным, логическая основа аргументации является общей во всех случаях. Она включает, во-первых, сам обосновываемый экспертный вывод — "S есть (не есть) P" — в форме различных суждений; во-вторых, указание на то, что этот вывод подтверждается определенными признаками, присущими объекту (предмету) исследования. Общая логическая формула обоснованного экспертного вывода такова: "S есть (не есть) P, о чем свидетельствует наличие признаков a, b, v, g. . ."

Если признаки "a, b, v, g. . ." свойственны только элементам определенного множества (P), то наличие их у исследуемого объекта (S) дает основание утверждать, что "S есть P".

Общее число признаков, нужных для обоснования экспертного вывода в категорической либо вероятной форме, различно

при решении разных вопросов. При этом необходимо учитывать, специфичны или не специфичны обнаруженные признаки, являются ли они необходимыми, безусловно, условно или совокупно достаточными. Зависимость между обнаруженными признаками и формой экспертного вывода рассмотрена в предыдущей главе и представлена в таб. 2.

При нарушении правил аргументации выводов в заключениях возникают различные логические ошибки ("предвосхищение основания", "круг в доказательстве", "после этого, следовательно, по причине этого", "основное заблуждение", "мнимое следование", "от сказанного в относительном смысле к сказанному безотносительно" и др.), а сами экспертные выводы теряют при этом доказательственное значение. Поскольку анализ логических ошибок, связанных с неправильной аргументацией экспертных выводов, был сделан нами ранее (1974), мы считаем возможным в данной работе на этом вопросе не останавливаться.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Судебно-медицинская экспертиза есть особый вид познавательной деятельности человека. В процессе исследования эксперт получает новое знание, которое он излагает в судебно-медицинском заключении. Однако сам по себе процесс экспертного познания еще не гарантирует получения истинных результатов. И действительно, чаще всего эксперт достигает истины; в других случаях, к сожалению, еще не редких, он заблуждается и выводы его оказываются ошибочными.

По нашему мнению, успех познания зависит от трех основных слагаемых: багажа знаний судебно-медицинского эксперта, степени усвоения им технических приемов и методик экспертного исследования и, наконец, от овладения методологией экспертного мышления. Но если о пополнении багажа знаний судебно-медицинского эксперта и об овладении им технической стороной исследований проявляется определенная забота в процессе обучения в субординатуре, интернатуре, ординатуре, аспирантуре, на курсах специализации и усовершенствования, семинарах, совещаниях и др., то вопросам методологии экспертного мышления обычно уделяется мало внимания. Между тем об экспертных ошибках и причинах, их порождающих, сказано и написано немало. Эту тему неизменно затрагивают на совещаниях и конференциях в докладах руководителей учреждений судебно-медицинской экспертизы, ей посвящают специальные научные исследования. Нередко можно услышать также, что необходимым условием предупреждения экспертных ошибок является умение логично мыслить. И здесь нам кажется уместным привести следующее высказывание К.Е.Тарасова (1967): "Тезис о том, что врач должен знать логику, уметь правильно мыслить, стал от частого употребления тривиальным. Об этом напоминают в каждом учебнике, на каждой клиничко-анатомической конференции. Ну а кто из врачей знает, что значит "правильно логически мыслить", кто из них изучал хотя бы правила и законы элементарной логики?" Сказано более чем справедливо! Мы действительно об этом много говорим, но мало делаем. Вместе с тем, как правильно отмечают И.Н.Осипов и П.В.Копбе, будут оставаться абстрактными, ничего не говорящими фразами до тех пор, пока не будет конкретно разъяснено, как именно следует мыслить, чтобы была достигнута истина, какие методы умозаключений будут способствовать скорейшему достижению цели.

Едва ли нужно объяснять, насколько сложна эта задача. Но ее надо решать, хотя бы постепенно. В настоящей работе сделана попытка рассмотреть основные вопросы теории экспертного позна-

ния, раскрыть обычно неосознаваемый нами механизм мышления судебно-медицинского эксперта при разрешении поставленных перед ним вопросов.

Можно ли считать, что, усвоив основные принципы и приемы экспертного мышления, мы избавимся от заблуждений, от экспертных ошибок и будем представлять органам следствия исключительно истинные заключения? Конечно, нет. В такой сложной отрасли знаний, какой является судебная медицина, возможны ошибки, обусловленные объективными, не зависящими от личности эксперта, причинами (например, при исследовании трупа можно не обнаружить отравление каким-либо функциональным ядом вследствие отсутствия специфических морфологических признаков; при освидетельствовании потерпевшего с колотой или колото-резаной раной грудной клетки не всегда можно точно установить, проникающим или непроникающим является ранение, а от верного решения этого вопроса зависит правильность определения степени тяжести телесного повреждения и др.).

Но вместе с тем несомненно, что эксперт, познавший и усвоивший законы правильного мышления, допустит значительно меньше ошибок и добьется лучших показателей в работе, чем его коллега с низкой логической культурой мышления.

Определенное внимание в работе уделено составлению судебно-медицинских заключений. Умение должным образом изложить полученные при исследовании выводы, умение написать оптимальный вариант заключения тоже не приходит само собой. Этому необходимо учиться так же, как мы учимся, когда овладеваем новыми знаниями или техническими приемами исследования.

Учитывая крайний дефицит методической литературы по данным проблемам, автор выражает надежду, что его скромный труд в какой-то мере восполнит существующий пробел и будет полезен судебно-медицинским экспертам.

ЛИТЕРАТУРА

- Ленин В. И. Полн. собр. соч. Изд. 5-е, т. 18, с.123, 137, 193.
- Ленин В. И. Полн. собр. соч. Изд. 5-е, т. 29, с.166, 193.
- Маркс К. Тезисы о Фейербахе. — В кн.: Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Изд. 2-е, т. 3, с.1—4.
- Энгельс Ф. Анти-Дюринг. — В кн.: Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Изд. 2-е т. 20, с.5—338.
- Авдеев М. И. Судебная медицина. М., Госюриздат, 1953, с.318.
- Авдеев М. И. Составление заключений о степени тяжести телесных повреждений с неопределившимся исходом. — В кн.: Труды ЛенГИДУВа. Л., 1962, вып. 29, с.21—27.
- Авдеев М. И. О планировании судебно-медицинской экспертизы. — В кн.: Труды ЛенГИДУВа. Л., 1967, вып. 50, с.6—7.
- Авдеев М. И. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. М., "Медицина", 1968, с.159, 278.
- Авдеев М. И. Судебно-медицинская экспертиза трупа. М., "Медицина", 1976, с.15, 63—64.
- Арефьева Г. С. Социальная активность (проблема субъекта и объекта в социальной практике и познании). М., Политиздат, 1974.
- Ароцкер Л. Е. Проблемы психологии оценочной деятельности судебного эксперта. — "Криминалистика и судебная экспертиза". Киев, 1976, вып. 12, с.63—70.
- Асафьева Н. И. Судебно-медицинская экспертиза в случаях смерти от аборта. — В кн.: Судебно-медицинское исследование трупа. Саратов, "Коммунист", 1966, с.130—154.
- Асмус В. Ф. Учение логики о доказательстве и опровержении. М., Политиздат, 1954.
- Бедрин Л. М., Литвак А. С. Построение и обоснование выводов при судебно-медицинской экспертизе трупа. Ставрополь, 1974, с.56—57.
- Битинайте Л. К. Диалектика субъекта-объекта и проблема эмпирического и теоретического уровней познания. — В кн.: Проблемы диалектического материализма. Вып. 2. М., Изд-во МГУ, 1972, с.13—21.
- Богуславский В. Б. К вопросу о методике формирования заключения судебно-медицинской экспертизы. — В кн.: Сборник трудов по судебной медицине и судебной химии. Вып. 3. Пермь, 1969, с.66—70.
- Брауде И. Л., Персианинов Л. С. Неотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии. М., Медгиз, 1962, с.201—205.
- Бронникова М. А. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств. М., Медгиз, 1947, с.88.
- Бронникова М. А., Гаркави А. С. Методика и техника судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств. М., "Медицина", 1963, с.159.

- Бухалов Ю. Ф. О соотношении субъективного и объективного в познавательном образе. — "Вопр. философ.", 1961, с.124–132.
- Введенский А. И. Логика как часть теории познания. СПб., 1912, с.57.
- Вегер А. М. Справочник врача по вопросам экспертизы трудоспособности. Киев, "Здоров'я", 1970, с.64–73.
- Вермель И. Г. Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях. М., "Медицина", 1974, с.56–58.
- Винберг А. И., Миньковский Г. М., Эйсман А. А. Прямые и косвенные доказательства. — В кн.: Теория доказательств в советском уголовном процессе. Часть особенная. Под ред. Н.В.Жогина. М., "Юридическая литература", 1967, с.23–71.
- Войшвилло Е. К. Понятие. М., изд-во МГУ, 1967, с.133, 137.
- Воскобойников В. И. К вопросу о составлении заключения к судебно-медицинскому протоколу вскрытия трупа. — В кн.: Сборник научных работ. Под ред. В.И.Щедракова, В.И.Воскобойникова, П.В.Устинова. Ростов-на-Дону, 1959, с.225–231.
- Гайда А. В. Субъект и объект практики и познания. Автореф. дис. канд. Свердловск, 1973.
- Гамбург А. М. О контроле "случайных" экспертиз. — В кн.: Рефераты 2-й расширенной научной конференции Киевского отд. УкрНОСМиК. Под ред. А.М.Гамбург. Киев, 1956, с.76–77.
- Гаркави А. С. О некоторых дефектах в судебно-медицинских экспертизах вещественных доказательств. — "Суд. -мед. эксперт.", 1969, № 3, с.20–22.
- Геворкян Г. А. Вероятное и достоверное знание. Ереван, издательство АН АрмССР, 1965, с.40, 134.
- Геворкян Г. А. Категория вероятности и некоторые вопросы теории истины. — В кн.: Диалектика и логика научного познания. М., "Наука", 1966, с.273–285.
- Геньбом Р. Г., Корнеева-Асадчих Н. П. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств. М., 1972, с.126.
- Георгиев Ф. И. Субъективное и объективное. — В кн.: Гносеологические проблемы диалектического материализма. Под ред. Ф.И.Георгиева. М., "Высшая школа", 1974, с.92–109.
- Гиляревский С. А., Тарасов К. Е. Субъективное и объективное в диагностике. — В кн.: Методологические проблемы диагностики. Под ред. А.И.Струкова. М., 1965, с.14–20.
- Гиляревский С. А., Тарасов К. Е. Диалектический материализм и диагностика. М., "Медицина", 1973, с.63–64.
- Голунский С. О вероятности и достоверности в уголовном суде. "Проблемы уголовной политики", М., Госюриздат, 1937, № 4, с.56–66.
- Громов А. П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников. М., "Медицина", 1976, с.163.

- Г р о с с м а н В. Дело Сухова-Кобылина. М., Гослитиздат, 1936, с.302.
- Д а в ы д о в с к и й И. В. Врачебные ошибки. — В кн.: Большая медицинская энциклопедия. Т. 5. М., "Советская энциклопедия", 1928, стб.697–700.
- Д м и т р е н к о Н. М. Категории объективного и субъективного. Автореф. дис. канд. Л., 1960.
- Д у ч е н к о Н. В. О категориях субъекта и объекта в теории познания диалектического материализма. Автореф. дис. канд. Киев, 1961, с.1.
- Д ы н к и н а И. З. Обоснование выводов — обязательное требование при составлении судебно-медицинского заключения. — В кн.: Труды ЛенГИДУВа, Л., 1967, вып. 50, с.11–13.
- Д ы н к и н а И. З. Схема заключения по материалам судебно-медицинского исследования трупов новорожденных младенцев (методическое пособие). Л., 1970.
- Ж и в к о в и ч Л. Теория социального отражения (пер. с сербохорватск.) М., "Прогресс", 1969, с.37–54.
- Ж и т к о в В. С. Основы техники судебно-медицинского исследования трупов (практическое пособие). Южно-Сахалинск, Дальневосточное кн. изд-во, 1969.
- З а г р я д с к а я А. П. Судебно-медицинская экспертиза отравлений (лекция для студентов). Горький, 1975, с.5.
- З а к о н о в А. И. Составление судебно-медицинских документов. Омск, 1948.
- З а к о н о в А. И. Танатологический принцип построения заключения о причине смерти. — В кн.: Вопросы судебно-медицинской экспертизы и криминалистики. Горький, 1959, с.254–276.
- И в а н о в О. В. Объективная истина в советском гражданском процессе. Автореф. дис. канд. М., 1964.
- И ц к о в и ч Н. Г. К вопросу о сущности категории относительности и ее взаимоотношении с категорией абсолютности. Вильнюс, 1968, с.267.
- К а з Ц. М. Доказательства в советском уголовном процессе. Саратов, изд-во Саратовского ун-та, 1960, с.15.
- К а л а н д а д з е Д. Ф. К вопросу о единстве объективного и субъективного в познании и общественной жизни. Автореф. дис. докт. Тбилиси, 1965.
- К а р а с и к Р. М. Опыт проверки актов судебно-медицинских исследований трупов, произведенных врачами-экспертами. — В кн.: Материалы 3-го Всесоюзного совещания судебно-медицинских экспертов. Рига, 1957, с.22–23.
- К а р я к и н В. Я. Судебно-медицинская экспертиза при смертельной транспортной травме. — В кн.: Судебно-медицинское исследование трупа. Саратов, 1955, с.95–124.
- К а с с и р с к и й И. А. О врачевании (проблемы и раздумья). М., "Медицина", 1970, с.106.
- К а с ь я н о в М. М. Судебно-медицинская экспертиза в случаях скоропостижной смерти. М., Медгиз, 1956, с.179–184.

- Княишев Ф. Г. Характер истинности судебных определений. — В кн.: Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия. Под ред. А.С.Литвака. Вып. 4. Ставрополь, 1965, с.83—92.
- Козлов В. В. Судебно-медицинское исследование трупов новорожденных. — В кн.: Судебно-медицинское исследование трупа. Саратов, "Коммунист", 1966, с.155—198.
- Кондаков Н. И. Логический словарь-справочник. М., "Наука", 1975, с.353, 574.
- Копнин П. В. Диалектика как логика. Киев, изд-во Киевского ун-та, 1961, с.150, 188.
- Копнин П. В. Гносеологические и логические основы науки. М., "Мысль", 1974, с.93, 156, 222.
- Кузьмин В. Ф. Проблема субъективного и объективного. — В кн.: Ленинская теория отражения и современность. Москва — София, "Наука и искусство", 1969, с.254—263.
- Кузьмин В. Ф. Объективное и субъективное в научном мышлении. — Научные доклады высшей школы. Серия "Философские науки". М., "Высшая школа", 1971, №2, с.79—87.
- Кузьмин В. Ф. Объективное и субъективное (анализ процесса познания). М., "Наука", 1976, с.40—41.
- Купов И. Я. Об источниках ошибок при проведении экспертиз врачами-экспертами. — "Суд.-мед. эксперт.", 1962, №3, с.27—28.
- Кушелевский Б. П. Значение ленинского понятия "живое созерцание" для методологии клинического диагноза. — В кн.: Методологические проблемы медицины. Под ред. В.И.Плотникова. Свердловск, 1968, с.47—62.
- Лапицкий В. В. Проблема адекватности отображения объекта в процессе познания. Автореф. дис. канд. Л., 1973, с.11—12.
- Лекторский В. А. Проблема субъекта — объекта в теории познания. — "Вопр. философ.", 1964, №5, с.24—34.
- Литвак Е. А. Анализ судебно-медицинских экспертиз по поводу острых смертельных отравлений этиловым алкоголем по материалам бюро судебно-медицинской экспертизы Главного управления здравоохранения Ленгорисполкома. — В кн.: Судебно-медицинская экспертиза отравлений ядохимикатами. Под ред. Я.С.Смусина. Вып. 4. Л., 1976, с.54—56.
- Львова Т. Н. К вопросу о половой зрелости у девочек. — В кн.: Первый Всесоюзный съезд судебных медиков (тезисы докладов). Под ред. В.М.Смолянинова. Киев, 1976, с.635—636.
- Любутин К. Н. Категории субъекта и объекта в немецкой классической и марксистско-ленинской философии (учебное пособие). Свердловск, 1969.
- Наместникова Л. Н. О судебно-медицинском заключении в случаях

- скоропостижной смерти. — В кн.: Материалы 1-й научной конференции Тернопольского отделения УкрНОСМиК. Тернополь, 1965, с.18–20.
- Н а р с к и й И. С. Проблемы теории истины. — В кн.: Ленинская теория отражения и современная наука. Кн. 1. Отражение, познание, логика. София, "Наука и искусство", 1973, с.280–301.
- Н а с т а в л е н и е врачам при судебном осмотре и вскрытии мертвых тел. СПб., 1829, с.12–13.
- Н е т о п и л и к Я. Диалектика субъекта и объекта и социальный прогресс. — "Вопр. философ.", 1972, № 12, с.67–76.
- О р у д ж е в З. М. Диалектика как система. М., Политиздат, 1973, с.307–332.
- О с и п о в И. Н., К о п н и н П. В. Основные вопросы теории диагноза. М., Медгиз, 1951, с.154–155.
- О с и п о в Ю. К. К вопросу об объективной истине в судебном процессе. — "Правоведение", 1960, № 2, с.120–130.
- П а в л о в Т. Избранные философские произведения (пер. с болгарс.). Т. 3. М., изд-во иностр. лит., 1962, с.282.
- П а ш к о в а В. И. Очерки судебно-медицинской остеологии. М., Медгиз, 1963, с.27.
- П е т р у х и н И. Л. Заключение эксперта. — В кн.: Теория доказательств в советском уголовном процессе. М., "Юридическая литература", 1973, с.700–732.
- П е т р у щ и к А. И. Творческая активность субъекта в познании. Минск, "Наука и техника", 1975, с.81.
- П л а т о н о в К. К. О системе психологии. М., "Мысль", 1972, с.93–94.
- П о л я н с к и й Н. Н. Вопросы теории советского уголовного процесса. М., изд-во МГУ, 1956, с.115–116.
- П о р к ш е я н О. Х. Экспертное заключение и необходимость его обоснования. — В кн.: Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия. Под ред. А.С.Литвак. Вып. 5. Ставрополь, 1967, с.325–327.
- П о с т а н о в л е н и е Пленума Верховного Суда СССР № 1 от 16/III-1971 г. "О судебной экспертизе по уголовным делам". — "Бюл. Верховного Суда СССР", 1971, № 2, с.7–11.
- П р и т у з о в а В. А. Заключение эксперта как доказательство в уголовном процессе. М., Госюриздат, 1959, с.108–114.
- Р а й с к и й М. И. Судебная медицина. М., Медгиз, 1953, с.314–338.
- Р а х у н о в Р. Д. Теория и практика экспертизы в советском уголовном процессе. М., Госюриздат, 1953, с.204–210.
- Р и в л и н А. Понятие материальной истины в советском уголовном процессе. — "Соц. законность", 1951, № 11, с.42–52.
- Р у т к е в и ч М. И. Актуальные проблемы ленинской теории отражения. Свердловск, Средне-Уральское кн. изд-во, 1970, с.77, 78, 143, 174, 177.

- Сагатовский В. Н. Философия как теория всеобщего и ее роль в медицинском познании. Томск, изд-во Томского ун-та, 1968, с.189.
- Садыков Ф. Б. Соотношение объекта и субъекта, объективного и субъективного в деятельности людей. — Научные труды Новосибирского университета. Философская серия. Вып. 1, 1965, с.43–64.
- Селиванов Ф., Зеленев В. Единство абсолютного и относительного. — Учен. зап. Томского гос. ун-та, № 41. Томск, 1962, с.42–47.
- Селиванова В. И. Познавательная роль практики. — В кн.: Гносеологические проблемы диалектического материализма. Под ред. Ф.И.Георгиева. М., "Высшая школа", 1974, с.278–317.
- Сердюков А. А. Практическое пособие к производству судебно-медицинской экспертизы. Рязань, 1963.
- Серебряный Э. Г., Андросов Н. С. Методологический аспект диагностического распознавания и вопросы его моделирования. — В кн.: Методологические проблемы современной биологии и медицины. Под ред. Г.И.Царегородцева и В.П.Чекурина. М., "Медицина", 1969, с.164–184.
- Скопин И. В. Судебно-медицинская экспертиза при смертельных огнестрельных повреждениях. — В кн.: Судебно-медицинское исследование трупа. Саратов, 1955, с.5–32.
- Славин А. В. Проблема возникновения нового знания. М., "Наука", 1976, с.133.
- Смирнов Л. В. Вероятность и ее роль в научном познании. Л., Изд-во ЛГУ, 1971, с.73.
- Смусин Я. С. Проблема истины в судебной экспертизе. — В кн.: Актуальные вопросы судебной медицины. Труды кафедры судебной медицины ЦЛМИ и ленинградских судебных медиков. Под ред. Я.С.Смусина. Вып. 3. Л., 1970, с.13–20.
- Составление судебно-медицинских заключений (методическое пособие для слушателей факультетов подготовки врачей). Под ред. А.Р.Деньковского. Л., 1970. Авт.: А.Р.Деньковский, К.Н.Калмыков, А.А.Матышев и др.
- Старченко А. А. Методологические проблемы судопроизводства. — "Вестник МГУ", серия 8 "Экономика, философия". М., 1963, № 4 с.38–50.
- Степин В. С. Проблема субъекта и объекта в опытной науке. — "Вопр. философии", 1970, № 1, с.80–90.
- Стешиц В. Проведение судебно-медицинской экспертизы по материалам уголовного дела. — В кн.: Доклады 1-й расширенной научно-практической конференции судебно-медицинских экспертов Азербайджанской ССР. Баку, 1965, с.201–203.
- Строгович М. С. Материальная истина и судебные доказательства в советском уголовном процессе. М., изд-во АН СССР, 1955, с.69–79.
- Судебно-медицинская диагностика скоропостижной смерти от ишемической болезни сердца. Учебно-методическое пособие для сту-

- дентов и интернов. Под ред. Г.Г.Автандилова. Горький, 1975, с.140–146. Авт.: Л.М.Бедрин, А.П.Загрядская, В.С.Кедров, Т.М.Уткина.
- Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. Методические указания для студентов, интернов и врачей-экспертов. Под ред. В.И.Акопова. Чита, 1976. Авт.: В.И.Акопов, Л.А.Большов, З.М.Модлен и др.
- Судебно-медицинская экспертиза трупа (учебно-методическое пособие для студентов). Под ред. А.П.Загрядской. Горький, 1974, с.34–49. Авт.: А.П.Загрядская, Л.С.Федоровцева, С.А.Володин и др.
- Сычев Н. И. Диалектический путь познания объективной реальности. М., "Высшая школа", 1975, с.21.
- Таванец П. В. Вопросы теории суждения. М., изд-во АН СССР, 1955, с.181.
- Тадевосян В.С. К вопросу об установлении материальной истины в советском процессе. — "Сов. гос-во и право", 1948, № 6, с. 65–72.
- Тарасов К. Е. Какая логика нужна врачу? — "Клин. мед.", 1965, № 1, с.151–156.
- Тарасов К. Е. Основные вопросы методологии диагноза. М., "Знание", 1967, с.5, 10.
- Толпыкин В. Е. Проблема истины в правосознании. — В кн.: Некоторые вопросы критерия истины в научном познании. Под ред. Л.К.Безродного. Краснодар, 1969, с.124–131.
- Трусов А. И. Основы теории судебных доказательств. М., Госюриздат, 1960, с.116–119.
- Трынкина И. А. Судебно-медицинская экспертиза при смерти от механической асфиксии. — В кн.: Судебно-медицинское исследование трупа. Саратов, "Коммунист", 1966, с.34–72.
- Туманов А. К. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств. М., Госюриздат, 1961, с.322.
- Ульянова Л. Т. Оценка доказательств судом первой инстанции. М., Госюриздат, 1959, с.60.
- Усманов Н. С. К вопросу о сущности категорий абсолютной и относительной истин. Учен. зап. Ташкентского пед. ин-та. Т. 102. Ташкент, 1973, с.91–106.
- Файн М. А. Судебно-медицинская экспертиза при смертельных повреждениях тупым оружием. — В кн.: Судебно-медицинское исследование трупа. Саратов, 1955, с.67–94.
- Файн М. А. Судебно-медицинская экспертиза в случаях смерти от действия низкой температуры. — В кн.: Судебно-медицинское исследование трупа. Саратов, "Коммунист", 1966, с.96–109.
- Файн М. А. Судебно-медицинская экспертиза в случаях смерти от ожогов и обгорания трупа. — В кн.: Судебно-медицинское исследование трупа. Саратов, "Коммунист", 1966, с.110–129.
- Царегородцев Г. И., Ширинский П. П. О некоторых методологических вопросах судебной медицины. — "Вестн. АМН СССР", 1972, № 3, с.69–76.

- Ц в е т а е в а Н. А. Судебно-медицинская экспертиза при смертельных повреждениях острым оружием. — В кн.: Судебно-медицинское исследование трупа. Саратов, 1955, с.33–66.
- Ц в е т а е в а Н. А. Судебно-медицинская экспертиза при смерти от действия электричества. — В кн.: Судебно-медицинское исследование трупа. Саратов, "Коммунист", 1966, с.73–95.
- Ч е л ь ц о в М. А., Ч е л ь ц о в а Н. В. Проведение экспертизы в советском уголовном процессе. М., Госюриздат, 1954, с.17–33.
- Ш а ф ф А. Некоторые проблемы марксистско-ленинской теории истины (пер. с польск.). М., изд-во иностр. лит., 1953, с.163.
- Ш а л а м о в М. П. Теория улик. М., Госюриздат, 1960.
- Ш е р ш а в к и н С. В., П о л у ш к и н а Л. Е. Краткое методическое пособие по судебно-медицинскому исследованию трупов. Сталинабад, 1959.
- Ш и к а н о в В. И. О допустимости и доказательственном значении вероятных заключений экспертов. — "Сов. гос-во и право", 1963, № 10, с.117–120.
- Щ е г о л е в П. П. Недостатки экспертных заключений по делам о неоказании медицинской помощи. — В кн.: Актуальные вопросы судебной медицины. Труды кафедры судебной медицины ІЛМИ и ленинградских судебных медиков. Под ред. Я.С.Смусина. Вып. 3. Л., 1970, с.269–273.
- Э й с м а н А. А. Заключение эксперта (структура и научное обоснование). М., "Юридическая литература", 1967, с.105, 108–116.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Предисловие	3
Глава I Субъект и объект познания в судебно-медицинской экспертизе	5
Глава II Субъективное и объективное в заключении судебно- медицинского эксперта	20
Глава III Характер истины в заключении судебно-медицинского эксперта	34
Глава IV Практика как критерий истинности выводов судебно- медицинского эксперта	46
Глава V Основные логические формы, используемые судебно- медицинским экспертом для составления выводов	57
Глава VI Пути и способы решения вопросов, поставленных перед судебно-медицинским экспертом	69
Глава VII Составление судебно-медицинских заключений	94
Заключение	118
Литература	120

ИБ — 1896

Израиль Гамшеевич Вермель

ВОПРОСЫ ТЕОРИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Редактор М.В.Калинкина

Художественный редактор В.Т.Сидоренко

Технический редактор Н.К.Петрова

Обложка художника Б.К.Шаповалова

Подписано к печати 29/1 1979 Т — 03438 Формат бумаги 60 x 90 1/16

Офсетная печать. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 8,0 Уч. изд. л. 7,93

Тираж 6 000 экз. (2 — завод 3 001 — 6 000 экз.) Заказ № 2280 Цена 1 р. 20 к.

Издательство "Медицина", Москва, Петроверигский пер., 6/8

Московская типография № 9 Союзполиграфпрома при
Государственном комитете Совета Министров СССР по делам
издательств, полиграфии и книжной торговли

Москва, Ж-33, Волочаевская ул., 40

Оригинал-макет подготовлен в издательстве "Медицина"

1 р. 20 к.

25

Медицина-1979